



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Locura y nuevos modos de subjetivación: los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría

Mayra Lucía Buitrago Soler

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Departamento de Sociología

Bogotá, D.C., Colombia

2016

Locura y nuevos modos de subjetivación: los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría

Mayra Lucía Buitrago Soler

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Sociología

Director:

Ph.D. Javier Sáenz Obregón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Departamento de Sociología

Bogotá, D.C, Colombia

2016

“La locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan”

Michel Foucault

Resumen

En la presente investigación se explora la dimensión ética y política del discurso y las prácticas de sí, de los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría. El estudio se realizó desde un enfoque cualitativo de análisis de documentos producidos por más de 80 individuos y organizaciones miembros de la Red. Para el análisis de este material y entrevistas semiestructuradas realizadas al codirector de la RMUSP, se partió de la definición de unas categorías de análisis: conceptos, saberes, fines y prescripciones de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, identificando así, nuevas formas de gobierno y posibilidades de contraconducta en el campo de los procesos de salud mental.

Palabras clave: subjetivación, contraconducta, práctica de sí, locura, antipsiquiatría.

Abstract

This research explores the ethical and political dimension of discourse and technologies of the self of the World Network of Users and Survivors of Psychiatry-WNUSP members. The study was developed from a qualitative approach of analysis of documents produced by over 80 individuals and organizations members of the Network. For the analysis of this material and semi-structured interviews with the co-director of the WNUSP, we started from the definition of some analysis categories: concepts, knowledge, goals and prescriptions of users and survivors of psychiatry, thereby identifying new forms of government and of counter-possibilities in the mental health field.

Keywords: subjectivity, counter-conduct, technology of the self, madness, antipsychiatry.

Contenido

	Pág.
Resumen.....	VI
Introducción.....	1
1. La trayectoria del sujeto loco. De paciente a usuario o sobreviviente	9
1.1 El lugar de separación y rechazo de la locura.....	9
1.2 El discurso científico como status de verdad	14
1.3 ¿Cómo se reconoce el sujeto loco a sí mismo?	20
1.3.1 Ser paciente.....	20
1.3.2 Ser sobreviviente	28
2. Crisis de locura y crisis de sentido	33
2.1 La idea del loco como sujeto peligroso	33
2.2 Crisis y manejo del riesgo	40
2.3 Crisis de sentido	42
3. Los fines de las prácticas de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría y su sentido.....	49
3.1 Permitir el flujo de la locura en la vida cotidiana.....	49
3.2 La reducción del daño en los servicios de la psiquiatría.....	54
3.3 La reivindicación de los derechos de personas con discapacidad psicosocial.....	56
4. Saberes y prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría	61
4.1 Saber experiencial	63
4.2 Prácticas de sí que se sustentan en saberes de autoayuda	77
4.3 Prácticas de sí que se sustentan en saberes expertos.....	80
4.4 Prácticas de sí que se sustentan en saberes orientales.....	90
5. Reflexiones finales y recomendaciones.....	94
Referencias bibliográficas.....	103

Introducción

Los principales estudios sociológicos acerca de la enfermedad mental se han centrado en análisis desde el concepto de desviación (Giddens, 1995) ; en la forma como las personas experimentan la enfermedad mental, estudiando el rol del enfermo mental como rol aprendido a través de la socialización (Parsons, 1951); y respecto a la etiología social de la enfermedad mental, encaminado a la búsqueda de sus determinantes socioculturales y su impacto social, con una marcada recurrencia a métodos de investigación orientados a cuantificar la cronicidad y discapacidad, explorando las correlaciones estructurales de las enfermedades mentales con el estrato, sexo, raza y edad de las personas. (Mendoza, 2009)

En cuanto al tema de la subjetivación, los análisis sociológicos centran su atención en la incidencia de procesos sociales y culturales en la forma como los sujetos son conducidos, desconociendo las estrategias y acciones que los sujetos realizan para efectivamente actuar sobre sí mismos. Es importante tener presente que las cambiantes relaciones de la subjetivación no pueden establecerse mediante derivación o interpretación de otras formas culturales o sociales. (Rose 1996).

Como antecedentes de esta tesis, se encuentran autores como Cooper, Lehmann y Forero han hecho importantes aportes teóricos en cuanto a formas de gobierno en el escenario de la locura.

Cooper, examina la persona diagnosticada como esquizofrénica en su contexto humano real, indaga acerca de la forma en la que se le asigna el rotulo de esquizofrénica y el significado de éste tanto para el rotulador como para el rotulado. El autor, realiza un estudio sobre un modo de invalidación social, en tanto se asigna una identidad de paciente a la persona con esquizofrenia, a la vez que se invalidan sus actos, afirmaciones y experiencias de acuerdo con ciertas reglas de juego establecidas por su familia y más adelante por otras personas (Cooper 1967: 8)

Las personas de las que Cooper habla en su libro “Psiquiatría y antipsiquiatría” son personas que no acudieron voluntariamente a un tratamiento psiquiátrico, sino que fueron llevados a una situación psiquiátrica por su familia u otras personas, y a las que les fue asignado el rótulo de esquizofrénico tras su experiencia de internado en dos hospitales psiquiátricos de Londres en los años sesenta. Son personas invalidadas a través de la técnica del diagnóstico de la ciencia médica.

En razón de lo expuesto, los sujetos de los que habla Cooper en su estudio, tienen características muy similares a los de esta investigación en tanto incluye sujetos que han tenido experiencias de sujeción al campo de la psiquiatría; sin embargo él utiliza un “método de estudio familiar y grupal y del tratamiento de la persona a la que se ha diagnosticado esquizofrenia” (Cooper D., 1967, p.128). En el presente estudio, el enfoque es fundamentalmente el sujeto diagnosticado con algún tipo de enfermedad mental, aunque para este fin sea necesario abordar un poco el entorno familiar y social de los sujetos.

Los hallazgos de Cooper, se configuran como una crítica a la violencia de la psiquiatría, y a la adjudicación siempre biológica en la causalidad de la esquizofrenia por parte de la psiquiatría, para la cual se trata de cuadros clínicos socialmente ininteligibles. El estudio de Cooper se basa en un método experimental en la “villa 21” donde propone un tratamiento alternativo al de la psiquiatría convencional, en dónde los jóvenes pacientes gozan de cierta libertad y tienen una participación activa en las cuestiones del centro. Los resultados demuestran que los pacientes lograron salir del internado en menos de un año desde su internación y que sólo el 17% tuvo que ser reinternado, no existieron diferencias significativas entre sexos, y en general se lograron iguales o mejores resultados sin recurrir a la aplicación de shocks, con un uso muy reducido de tranquilizantes y con una terapia conjunta de familia y medio.

En la presente investigación, nos distanciamos de Cooper en tanto no es nuestro interés elaborar una crítica radical a la psiquiatría ni proponer métodos alternativos a la misma, sino, analizar los motivos y la forma en la que sujetos que han sido diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental (no sólo esquizofrenia) emprenden las prácticas promovidas por la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría con el fin de transformarse a sí mismos y su relación con otros.

La Red Mundial de Usuarios y sobrevivientes a la Psiquiatría (RMUSP), es una asociación de miembros individuales y organizaciones a nivel internacional formada en 1993, dos años después de la creación de la Red Europea de ex – usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría. La formación de esta Red, parte de las experiencias de paternalismo, estigmatización y opresión con el sistema psiquiátrico, así como en la sociedad en su conjunto, que comparten sus miembros en diferentes partes del mundo, y que resultan muy similares, aunque se manifiesten de formas distintas.

Al interior de la Red se presentan diferencias en relación al modelo médico psiquiátrico y sus métodos de tratamiento, pero estas diferencias no son tan sustanciales. “Nadie ama la psiquiatría, pero algunos encuentran aspectos de ésta, útiles y de apoyo, mientras que otros básicamente la desprecian.” (Lehmann, P. & Stastny, P., 2009: 311). El siguiente relato permite situar el origen, desarrollo y características de la Red:

En 1991 se realizó la primera conferencia de la Red Europea de Usuarios y Ex Usuarios en Salud Mental a la que asistieron 39 representantes de 16 países europeos y determinaron su primera posición común llamada la Declaración de Intereses Comunes de Zandvoort la cual continúa siendo válida hoy: La Red Europea se opone a la al enfoque médico unilateral, la estigmatización, el estrés mental y emocional, el sufrimiento humano y el comportamiento no convencional. La Red Europea apoya la autonomía y responsabilidad de los usuarios en la toma de sus propias decisiones (autodeterminación). La Red Europea de (Ex -) Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría y la Red Mundial de (Ex -) Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría ha crecido rápidamente a través de los años.

Tres años después del primer congreso mundial real de (Ex -) Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría en Vancouver en 2001, el pueblo Danés de Vejle alojó el segundo congreso mundial organizado por la RMUSP y la REUSP. Los delegados y participantes en Vejle en 2004 venían de 50 países, juntos representaban todos los continentes. En el encuentro, los participantes de Africa formaron su propia red continental (PANUSP). En 2009 esta alojó el tercer congreso mundial de la Red Mundial de (Ex -) Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría en Kampala, Uganda, con participantes de todos los países excepto Australia. Los delegados centro americanos y sudamericanos venían de Argentina, Colombia, Costa Rica y Perú, los Norte Americanos de Estados Unidos, los Asiáticos por delegados de Japón, Líbano y Nepal, Delegados Africanos venían de Ghana, Kenya, Ruanda, Senegal, Sudáfrica, Tanzania y Uganda, y los Europeos de Dinamarca, Alemania, Hungría, Irlanda, Holanda, Noruega, Suiza y el Reino Unido.

Las áreas de interés adicionales son: crear y apoyar alternativas al tratamiento psiquiátrico, actuar contra cualquier tipo de discriminación en la sociedad en relación a personas que han pasado por el sistema psiquiátrico, trabajar en la abolición del tratamiento forzado, incrementar la influencia de los usuarios en su propio tratamiento (derecho a describir y definir su propio caso, derecho a refutar el “diagnóstico del profesional”, derecho a hacer correcciones en su propio registro), asegurar que los usuarios reciban información adecuada acerca de su tratamiento y sus derechos (derecho a recibir información escrita acerca de posibles riesgos del tratamiento, derecho de los usuarios a establecer defensa independiente), apoyar y promover el derecho de tener apoyo libre de drogas, ayudar a usuarios y grupos creando alternativas a la psiquiatría, apoyar y promover el derecho a usar iniciativas controladas dentro y fuera de la psiquiatría, pelear contra el estigma psiquiátrico, obtener un trabajo por un salario justo, pelear por una vivienda apropiada, monitorear la Legislación europea o nacional en aspectos de leyes discriminativas (Lehmann, P. & Stastny, P.,2009: 311)

Existen dos tipos de vinculación a la Red: los miembros individuales y las organizaciones miembros; un miembro individual puede ser un usuario, ex – usuario o sobreviviente de la psiquiatría, que es cualquiera que se defina a sí mismo como una persona que ha experimentado locura o un problema de salud mental y ha usado o a sobrevivido a los servicios de psiquiatría/salud mental. Por otra parte, una organización miembro, puede ser una organización en la que todos sus miembros o la mayoría de ellos son usuarios y sobrevivientes; un individuo o una organización puede hacerse miembro de la Red, llenando un formulario de registro en línea a través de la página web, con el fin de desarrollar conocimiento acerca de alternativas al modelo médico, crear historias orales de usuarios y sobrevivientes para ser promovidas en sitios web de organizaciones miembros de la Red, promover el fortalecimiento de las organizaciones existentes y la creación de organizaciones de usuarios y sobrevivientes donde la Red se ha desarrollado poco. (World Network of Users and Survivors of psychiatry, s.f.)

Ahora, continuando con los autores indispensables en el desarrollo de esta tesis, precisamente encontramos a Peter Lehmann quien fue cofundador de la Red Europea de (ex -) Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, y presenta historias de personas alrededor de mundo de personas que lograron abandonar psicofármacos exitosamente sin necesidad de estar reclusos en una institución psiquiátrica. Aborda las posibilidades de autoayuda de personas con enfermedad mental, y las experiencias individuales y

colectivas de usuarios, sobrevivientes y profesionales de diversos campos que han intervenido en procesos de desmedicalización de la locura. Nos distanciamos de él, porque no es nuestra intención realizar una investigación acerca de alternativas a la psiquiatría, pues si bien él no intenta persuadir a las personas con enfermedades mentales de que abandonen los medicamentos psiquiátricos, si realiza una presentación de métodos a través de los cuales podrían dejarse los psicofármacos. En el presente estudio, se trata de lograr una aproximación desde algunas historias de vida de sus miembros, a los procesos de producción de un modo de existencia, de describir “aquellas prácticas por medio de las cuales los sujetos actúan de manera deliberada sobre sí mismos, denominadas por Michel Foucault prácticas de sí” (Sáenz J.,2010, p.1)

Teniendo en cuenta lo anterior, se busca visibilizar los esfuerzos de los sujetos que partiendo de la insatisfacción respecto a su estado de sujeción al campo médico, buscan transformarse a sí mismos y lograr cierta independencia del gobierno de los psiquiatras sobre sus vidas, como es el caso de los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría que han desarrollado sólidos modelos alternativos para una respuesta social a las personas que vivencian locura, problemas de salud mental y trauma. Lo que nos interesa al respecto, es que “estos modelos hacen hincapié en la primacía de la experiencia en primera persona, honrando pensamientos y sentimientos, cumpliendo con necesidades prácticas, tomando el tiempo suficiente para la solución o la curación, y creyendo en la capacidad de cada persona de transformar su vida” (RMUSP, 2011, p. 3) por lo que ofrecen un material importante para estudiar la dimensión ética de los procesos de subjetivación en el campo de la enfermedad mental.

Por otro lado, Daniel Forero en el capítulo: “La esquizofrenia y los tratamientos ambulatorios: una mirada ética y política a las nuevas formas de normalización”, que hace parte del libro: “Artes de vida, gobierno y contraconductas en las prácticas de sí”, abarca los tratamientos ambulatorios para enfermedad mental, desde un estudio de caso de la Asociación Colombiana de personas con Esquizofrenia y sus familias, indagando acerca de los efectos éticos y políticos de estos tratamientos. Forero examina las formas emergentes de gobierno de la locura y los nuevos tratamientos para la esquizofrenia cuya característica principal es el tratamiento ambulatorio, integrando los sujetos a actividades familiares y sociales, exigiéndole su participación en el tratamiento efectuando acciones deliberadas sobre sí. Forero busca comprender las nuevas formas de gobierno en el

campo de la salud mental, a través del análisis de las transformaciones de las políticas sobre salud mental en las que se inscribe la Asociación, los discursos que lo sustentan y el tipo de prácticas que induce en los pacientes y sus familias.

Los aportes de Forero resultan fundamentales para esta investigación, en tanto su trabajo parte de referentes conceptuales similares a los de esta tesis y se ubica en el contexto colombiano. La distancia respecto a su investigación, surge en la medida en que su estudio se hace a través de análisis documental, entrevistas a psiquiatras, la presidenta de la asociación y trabajo de campo con los pacientes y familias de tipo más descriptivo.

En mi investigación, el interés se centra en los usuarios y sobrevivientes¹, cuyo saber (frecuentemente negado por la racionalidad psiquiátrica) es lo más importante para la comprensión de nuevas formas de gobierno y contraconductas² en escenarios de procesos de salud mental; lo cual explica la elección de la metodología de análisis documental que incluyó la revisión de videos, foros, historias de vida, cartillas, blogs, artículos en revistas, noticias de prensa, redes sociales, páginas web, estatutos y manuales, producidos en su totalidad por aproximadamente 80 miembros tanto individuales como organizaciones miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría; aproximadamente el 80% de material recolectado está disponible en inglés, lo cual me exigió un trabajo de traducción de los documentos, que además fue muy cuidadoso por la especificidad del lenguaje usado por los usuarios y sobrevivientes en sus relatos.

Para el análisis de este material se partió de la definición de unas categorías de análisis: conceptos (locura/normalidad, paciente/ sobreviviente o usuario, y crisis); saberes (saber experiencial, autoayuda, saberes expertos y saberes orientales); fines (permitir el flujo de la locura en la vida cotidiana, la reducción del daño en los servicios de la psiquiatría, la reivindicación de los derechos de personas con discapacidad psicosocial, y

¹ El término “usuarios” podría referirse a personas que han experimentado (1) internaciones coercitivas que creían que salvaría sus vidas, (2) fueron aliviados obteniendo un diagnóstico psiquiátrico y (3) no pueden existir en sus actuales circunstancias sin tomar drogas psiquiátricas, e incluso ellos definen la psiquiatría como útil para ellos. “Sobrevivientes a la psiquiatría” a su vez se refiere a aquellos que han experimentado (1) internaciones coercitivas como detenciones arbitrarias y perjudiciales, (2) diagnóstico psiquiátrico como una distorsión de su experiencia y/o una base de discriminación e internación; y/o (3) tratamiento psiquiátrico que representa un peligro para su vida y su bienestar (Lehmann, P. & Stastny, P., 2009: 312)

² Foucault define la contraconducta como la lucha contra los procedimientos puestos en práctica para conducir a los otros” (2006: 238)

autodeterminación); y finalmente las prescripciones de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría (experiencia con psiquiatría, desmedicalización, manejo del riesgo, prácticas de sí, prácticas políticas) . Posteriormente se procedió a codificar la información a través del uso del software Nvivo, lo cual facilitó la labor de compilar y organizar el contenido de los documentos sabiendo lo que se quería encontrar, y hallando así, las regularidades en las historias de los sujetos. Además se realizaron entrevistas semiestructuradas a Salám Gómez Codirector de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría y a un ex usuario de la Psiquiatría en Colombia.

Cabe aclarar que el interés de esta investigación no es centrarse en la organización como un movimiento social, más bien, se trata de lograr una aproximación desde algunas historias de vida de sus miembros a los procesos de producción de un modo de existencia, por lo cual se seleccionaron únicamente los relatos en primera persona.

El fondo del asunto, al indagar acerca de la dimensión ética y política de la subjetivación³ en este campo de investigación, es reflexionar acerca de los modos en que los sujetos diagnosticados con enfermedades mentales se transforman a sí mismos, pasando de concebirse a sí mismos como pacientes, para ser usuarios, ex usuarios, o sobrevivientes de la psiquiatría, a partir de una reconfiguración con respecto a la identidad que les ha impuesto en los ordenamientos sociales que han etiquetado sus comportamientos como desviantes y seguidamente como patológicos.

Lo anterior, inspirada en Foucault, para quien “el objetivo principal hoy en día no es descubrir sino rehusar lo que somos. [...] El problema a la vez político, ético, social y filosófico que se nos plantea hoy a nosotros, no es tratar de liberar al individuo del Estado y de sus instituciones, sino el de liberarnos *a nosotros mismos* del Estado y del tipo de individuación que está con él ligado. Tenemos que *promover nuevas formas de subjetividad* rechazando el tipo de individualidad que nos ha sido impuesto durante varios siglos” (Foucault 1990: 11).

³ Un proceso de subjetivación, es decir, la producción de un modo de existencia, no puede confundirse con un sujeto, a menos que se le despoje de toda identidad y de toda interioridad. La subjetivación no tiene ni siquiera que ver con la persona: se trata de una individuación, particular o colectiva, que caracteriza un acontecimiento (una hora del día, una corriente, un viento, una vida...) Se trata de un modo intensivo y no de un sujeto personal. (Deleuze, 1995)

La tesis se estructura en cuatro capítulos de la siguiente manera: en el primer capítulo se da cuenta de las formas en que se ha fabricado históricamente la locura y el lugar del discurso en la configuración del sujeto loco; el segundo capítulo se concentra en el tema de las crisis de locura y de sentido, el manejo del riesgo y la idea del loco como un sujeto peligroso; en el tercer capítulo se exponen los fines o esperanzas de los usuarios y sobrevivientes en torno a las prácticas promovidas por las organizaciones e individuos adscritos a ésta; y en el cuarto capítulo se describen las prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría y los saberes en los cuales se sustentan.

1. La trayectoria del sujeto loco. De paciente a usuario o sobreviviente

En este capítulo se aborda brevemente la forma en que se ha fabricado históricamente la locura, partiendo de los aportes de Foucault en Historia de la locura en la época clásica, además se analiza el lugar del discurso en la configuración de las relaciones de poder inherentes en el tratamiento de las personas con “enfermedad mental” y su influencia de la constitución de sujetos pacientes o sobrevivientes.

1.1 El lugar de separación y rechazo de la locura

La locura como objeto de la asistencia social, la medicina y la psiquiatría es producto de la modernidad “occidental” y ha sido definida en cada época histórica de manera particular de acuerdo a las circunstancias, los discursos y las prácticas de la formación histórica. Partiremos entonces, de la comprensión del surgimiento de lo que se llama locura, como una experiencia históricamente fabricada. Al respecto, Foucault en Historia de la locura en la época clásica (1967), nos muestra cómo una cultura se define por los límites y posibilidades que traza y nos presenta las distintas concepciones sobre la locura a lo largo de la historia de “Occidente” como un modo de subjetivación del ser humano, mostrando el lugar de rechazo social de la locura, desde que ocupó el espacio moral de exclusión que antiguamente ocupaba la lepra. Foucault realiza una clasificación de las percepciones sobre locura, en tres momentos históricos:

1. El Renacimiento o época del embarco de los locos: en el Siglo XV cuando los locos fueron víctimas del destierro por considerarse como seres insensatos que iban en contra de lo considerado racional y correcto, como sujetos indeseables en las calles de las ciudades. Este fenómeno particular, muy frecuente en Europa, resulta complejo en cuanto a su explicación, porque no se trataba de una medida general

de expulsión de los locos, pues muchos de ellos eran recibidos en asilos; el gran embarco de locos, consistía en una medida de expulsión de los locos extraños, en tanto cada ciudad aceptaba encargarse exclusivamente de aquellos que consideraban como sus ciudadanos.

Este proceso de embarco de los locos no solo tiene un fundamento al nivel de utilidad social o de seguridad de los ciudadanos, sino que tiene otras significaciones rituales, lo cual se evidencia en la prohibición de la entrada de los locos a la iglesia, y en su persecución azotándolos con varas, simulando una carrera. De esta manera, el embarco cobra otro sentido: el agua no solo lleva al loco, sino que lo purifica, a su vez, el barco también representa la inquietud que en el siglo XV se tuvo respecto a la muerte y a la locura: los elementos se invirtieron pues ya no es el fin del mundo lo que mostrará que los hombres estaban locos al no preocuparse de ello, sino que es el ascenso de la locura lo que indica que el mundo está por acabarse.

2. La época Clásica en los siglos XVII y XVIII, periodo de lo que Foucault denomina “el Gran Encierro”, se caracteriza por la creación de manicomios, asilos y hospitales generales, que albergan a los locos en espacios institucionalizados dentro de la ciudad con el fin de evitar su presencia en las calles, asumiendo el Estado su control sin proporcionar ninguna ayuda terapéutica. Las instituciones tenían la finalidad de encerrar a los locos, por ser ellos seres incomprensibles, desafiantes y peligrosos, en un principio no había una atención diferencial de acuerdo a sexo, edad o tipos de enfermedad mental, por lo cual las condiciones eran inhumanas y en muchas ocasiones los enfermos mentales morían al interior de estas instituciones, por inanición, enfermedades e inseguridad, al ser recluidos junto con el resto de personajes que se consideraba carecían de razón como los ladrones, prostitutas, libertinos y mendigos, lo cual tenía un contenido social, económico, religioso y jurídico: “los locos” eran encerrados en nombre del orden social y laboral.

3. La época Moderna, caracterizada por la ilusión de la liberación del “loco” por el Dr. Pinel y su proyecto de medicalización. En esta época se justifica la reclusión de “los locos” en instituciones psiquiátricas, que se configuran como una medida terapéutica indispensable para la curación de los enfermos y no como una forma de mantener el orden social, así la locura es entendida como una enfermedad hacia finales del siglo XVIII, pero las implicaciones de la medicalización de la cultura sientan las bases para la internalización

de los pacientes. Con el discurso moderno del alienismo, no se consigue ni se desea en sí mismo un trato más humanitario de “los locos” sino que se intenta justificar su reclusión en las instituciones debido al necesario replanteamiento jurídico hacia ellos luego de la Declaración de los Derechos del Hombre.

En esta época, caracterizada por el deseo liberalizador del Dr. Pinel, se transforma la idea tradicional del loco como un ser insensato e ilógico, a un ser alienado que requería una atención para comprender la lógica de su locura y poder curarle. Pinel, planteó que no toda locura era heredada o por defecto orgánico, asumiendo que podía ser consecuencia de defectos morales, por lo que creó la terapia moral, que consistía en una terapia de aversión intensiva que incluía duchas heladas y el uso de camisas de fuerza, que se configura como una terapia en la que en repetidas ocasiones se castigaba al paciente con el fin de que éste considerara los patrones de juicio y castigo moral de su sociedad. Se trata entonces de “normalizar” a la población, determinando la forma en la que todo el mundo debía pensar y actuar para ser considerado como normal. La racionalidad moderna, se muestra como voluntad de dominio en la medida en que define y dispone de los locos.

Según la concepción de Conrad y Schneider (1992) la construcción histórica de la desviación está relacionada con las instituciones de control social dominantes en un momento determinado. Borsay (2006: 183) explica como “los servicios sociales segregados deben sus orígenes al modelo individualista de la políticas, el cual se enfoca en acomodar personas con discapacidad dentro de las estructuras de la sociedad ‘normal’ en lugar de mostrar flexibilidad ante la diversidad humana”.

Efectivamente, la locura a lo largo de la historia ha estado mediada por relaciones de poder y de saber, por los discursos, y por los intereses de las instituciones al servicio de una regulación social y económica. Todos estos elementos confluyen en una separación de las personas con enfermedades mentales, y en ésta separación y exclusión es donde surge precisamente una contradicción: se desea “normalizar” a los sujetos con enfermedades mentales buscando supuestamente reinsertarlos en el orden social, al mismo tiempo que se toma distancia de ellos, y se les ubica en una posición de inferioridad, dificultando así su “normalización”.

En las sociedades contemporáneas la desviación social es cada vez más asociada a la enfermedad, dando la etiqueta de enfermo a aquellos sujetos cuyo comportamiento dista

de lo socialmente considerado como normal. La medicalización⁴, se convierte entonces en una estrategia política de la gubernamentalidad: de normalización, en términos de Foucault. Cuyos efectos, aún en nuestros días, se expresan en la siguiente cita de un ex usuario y sobreviviente a la psiquiatría:

Creo que vivimos en una cultura muy arrogante. Vivimos en una cultura que si no encajas, eres castigado. Dado que no tenemos una cultura que tenga una gran cantidad de modelos alternativos, no creo que estemos cerca de una cultura civilizada. Estamos orgullosos de nosotros como una cultura individual, pero en realidad no respetamos la individualidad. Esa es la razón por la gente entra en el sistema de salud mental (Baletta 2004).

En la actualidad el loco debe tomar la responsabilidad de su propia cura, sustituyendo las cadenas por una conciencia de estar mentalmente enfermo, que se configura como una autodisciplina consecuente de la interiorización de la enfermedad mental del individuo.

“El hecho de que la mayoría de los pacientes hayan salido de los hospitales psiquiátricos no significa que ya no están siendo gobernados. Finalmente, la tranquilidad y el trabajo, la higiene, la cortesía y el cálculo en el paciente son fines y prácticas que las sociedades de liberalismo avanzado incentivan en la población para su óptimo y eficiente funcionamiento. El proceso de autonormalización es, entonces, una forma de gobierno regulador que conduce a la población a participar en su propio gobierno” (Forero 2014: 164).

La apuesta de los (ex –) usuarios y sobrevivientes, es la desmedicalización de la locura, es sacar del campo de la psiquiatría la comprensión de sus experiencias particulares de ver la vida, tal y como afirma el colombiano Salam Gómez, quien es el codirector de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría y presidente de Fundamental Colombia, única ONG de Colombia adscrita a la Red:

Ese es el gran reto del cambio del chip: tratar de salir del diagnóstico. Recordemos que la psiquiatría es una ciencia muy inexacta, es una ciencia muy subjetiva, es de las ramas de la medicina que lleva 200 años, o sea de las más nuevas, que tiene muchísimas críticas,

⁴ Según Conrad "la medicalización describe un proceso por el cual problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes" (1992: 209) . Foucault la define, en un sentido cercano como "la aculturación médica de la sociedad".

porque han hecho muchísimos experimentos donde llevan a la misma persona con la misma sintomatología a distintos psiquiatras, y todos dan un diagnóstico distinto, porque es lo que el psiquiatra cree u opina. Pero no existe ningún diagnóstico psiquiátrico basado en pruebas reales.

Si nosotros tenemos diabetes en el examen sale, tiene el nivel de azúcar en tanto, eso es un diagnóstico, en hipertensión lo mismo, tenemos cifras puntuales de que es lo que está pasando. Y eso es más exacto entre comillas. En psiquiatría no hay ninguna prueba que determine: usted con este examen es bipolar, con esta esquizofrenia. Ningún examen, ningún tac, ninguna resonancia, ninguna prueba clínica nos arroja un diagnóstico. Entonces por eso son tan subjetivos los procesos de salud mental (Salam Gómez, entrevista de 27 de junio de 2013).

El desarraigo del diagnóstico clínico y el cambio de perspectiva de enfermedad mental a discapacidad psicosocial, es una de los desafíos de miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, especialmente en Colombia, que se rebelan contra el enfoque asistencialista o médico rehabilitador predominante, cuestionando el discurso de los psiquiatras y las políticas que “intentan aún normalizar a las personas con discapacidad y no desarrollan de manera puntual ajustes necesarios en el entorno para una inclusión y participación real” (FundaMental Colombia & RIADIS 2013).

Los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, definen la discapacidad psicosocial así: “es la interacción entre los componentes psicológico y social/cultural de nuestra discapacidad. El componente psicológico se refiere a las formas de pensar y de procesar nuestras experiencias y nuestra percepción del mundo que nos rodea. El componente social/cultural se refiere a los límites sociales y culturales de comportamiento para interactuar con esas diferencias psicológicas/locura así como el estigma que la sociedad nos atribuye etiquetándonos como discapacitados” (WNUSP 2008: 9).

Al hablar de discapacidad psicosocial y no de enfermedad mental, se resisten a los efectos del diagnóstico y el poder psiquiátrico, poniendo el problema en las barreras que ponen los otros y no en las experiencias diversas de los sujetos.

1.2 El discurso científico como status de verdad

Para comprender la forma como el saber-poder ha operado sobre estos individuos (para constituirse en sujetos locos, en pacientes, en ex- usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría) y los efectos que el saber-poder ha generado en la forma en la que se relacionan consigo mismos y con los demás; habría que empezar por analizar un lugar donde se pone de evidencia las relaciones de saber-poder: el discurso.

Foucault supone que “en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad” (1992: 5) Centra su atención en los procedimientos de exclusión: la prohibición, la separación y el rechazo, y la voluntad de verdad.

La locura, continúa siendo un tabú en la actualidad, quienes tienen experiencias que pueden ser etiquetadas de locura se abstienen de hablar de ellas y sus familias evitan que se sepa acerca de estas vivencias en cualquier circunstancia, las únicas personas frente a las cuales es permitido hablar acerca de la locura es frente a los profesionales de la salud, de quienes se espera la cura. El introito del asunto, según una ex usuaria y sobreviviente a la psiquiatría es el siguiente:

No sólo la enfermedad mental se ve a menudo como peligrosa, también es vista como embarazosa. Es vergonzoso hablar de nuestras experiencias de confusión y angustia porque corremos el riesgo de ser rechazados por los otros. Además, no estamos acostumbrados a hablar de ello, así que no tenemos mucho vocabulario cuando se trata de hablar de mentes con problemas (May 2013).

Tanto el discurso del psiquiatra como el discurso y el silencio del loco juegan un papel importante en la configuración de las relaciones de poder inherentes en el tratamiento de las personas con “enfermedad mental”. Debido a que la locura está inscrita entre los comportamientos desviantes medicalizados, y la psiquiatría funciona como agente de control social de los sujetos cuyos comportamientos pueden ser definidos como anormales, las otras instituciones se valen de la medicina para ejercer poder sobre los sujetos “enfermos”, dado el saber experto que le permite disponer del sujeto, castigarlo no sólo por lo que hace, sino por lo que se supone que es.

La psiquiatría, valiéndose de su status de ciencia, manifiesta su voluntad de verdad que evidencia su deseo de poder; y aunque en el presente lo que enuncia la psiquiatría parece cada vez más tambaleante, el sólo hecho de provenir de una rama de la medicina logra disipar para la mayoría las dudas acerca de lo falso y lo verdadero.

Peter Lehmann, quien fue el co-fundador de la Red Europea de ex-usuarios y sobrevivientes de psiquiatría (ENUSP) en 1991, narra su experiencia de dependencia frente al saber “experto” de los psiquiatras tras haber interiorizado la etiqueta de enfermo mental debido a sus comportamientos singulares:

Yo llegué a quedar atascado en un patrón que respondía al mundo a mi alrededor. Mi comunidad me animó a verme a mí mismo como el problema, como inaceptablemente "diferente" y con la necesidad de la ayuda superior de los "expertos" para "tratarme". Como resultado, se fijó en mi identidad de "roto", y por lo tanto inferior, insuficiente, e indigno de ser incluido como miembro valorado y respetado de mi comunidad. Cada vez que había una crisis, me convertía en dependiente de los profesionales de salud mental que tenían la respuesta y me arreglaban. Ellos eran los expertos, no yo (Lehmann & Stastny 2009: 46).

El discurso del psiquiatra se configura entonces, como un juego de saber-poder que impone una verdad incuestionable. La formación de este discurso de saber de los psiquiatras surge del interrogatorio y la confesión de los enfermos a quienes se les adjudica una identidad, el uso de medicamentos que los hacen más dóciles, y el encierro en las instituciones.

Precisamente, en las historias de los (ex-) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría como Laura Delano, una ex paciente bipolar y escritora en temas de liberación psiquiátrica, aparece con regularidad el deseo de expresar sentimientos y a la vez el temor de que cualquier cosa que dijese fuera a ser utilizado por el personal de los servicios de salud mental para reforzar la idea de locura que ya se había cernido sobre ellos desde el momento del diagnóstico:

Con cada día que pasaba, y con cada pastilla consumida, me sentía más y más lejos de ser comprendida. Estaba cada vez más sola, atrapada con mis pensamientos y sentimientos, pero temerosa de articularlos con alguien para que no fueran utilizados en mi contra para solidificar aún más mi diagnóstico (Delano: 2010).

Y es que este intento por retener las palabras y este temor no es infundado, si tenemos en cuenta que es el discurso del loco el que lo identifica como tal, debido a que sus palabras se muestran opuestas a la razón. “A través de sus palabras se reconocía la locura del loco; ellas eran el lugar en que se ejercía la separación, pero nunca eran recogidas o escuchadas” (Foucault 1992: 7), y porque se presenta al loco como un ser necesitado de ayuda; sin embargo su saber no tiene ningún valor, más que el de servir como elemento de exclusión partiendo de la separación locura - razón. Beate Braun, una sobreviviente a la psiquiatría y ex paciente alemana diagnosticada con esquizofrenia crónica paranoide, plantea al respecto:

Si te diagnostican con esquizofrenia, hablan contigo como si no estuvieras allí. Ellos hablan de ti, pero no contigo, sin embargo tú si tienes que escuchar. Pero si realmente quieres hablar, los médicos y enfermeras en el hospital no tienen tiempo para una conversación (Braun: 2002).

Esta dicotomía entre razón y locura, no sólo se expresa en el silencio del loco sino en la nulidad de su discurso, que ha sido excluido históricamente o considerado como portador de una extraña verdad, y que en la actualidad continúa ocupando un lugar de negación.

Esta actitud de invalidación del discurso del “loco” aparece con insistencia en los relatos de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, tal como vemos en las afirmaciones que siguen:

Fui entrevistado por algunos del personal de "nivel inferior" y, finalmente, una psiquiatra entró y me dijo lo que "tenía". Ella me dio un diagnóstico de trastorno bipolar y me dijo que probablemente estaría con drogas psicotrópicas durante el resto de mi vida. Ella no me preguntó nada acerca de mi vida antes de mi semana de manía; era como si eso no importara. Para ellos, yo era sólo otro diagnóstico. Yo nunca podría ser "curado", pero los medicamentos podría ayudar a "estabilizarme", entonces podría controlar mis emociones (Cohen: 2001).

Si se le diagnostica esquizofrenia, hablan con usted como si usted no estuviera allí. Ellos hablan de usted, pero no con usted, pero usted tiene que escuchar. Pero si realmente quieres hablar, los médicos y enfermeras en el hospital no tienen tiempo para una conversación (Braun: 2002).

Oryx Cohen, un (ex-) usuario y sobreviviente a la psiquiatría, hace referencia a su experiencia durante su internación en un hospital psiquiátrico, y la distancia que percibió entre los sujetos enfermos/desviados y el personal del hospital/normales:

Para ser justos, la mayoría del personal era increíblemente bien intencionado, pero yo sentía que eran víctimas de un sistema opresivo también. Siempre me sentí alejado de mis supuestos cuidadores, como un muro impenetrable que divide los pacientes del personal, los "bichos raros" de los "humanos" (Cohen: 2001).

Se presenta una desidia por parte de los psiquiatras en cuanto a la historia de vida de los usuarios y el contexto de sus comportamientos. En el siguiente fragmento de Lisa DiVenuto una joven ex paciente psiquiátrica, se evidencia este interés selectivo en cuanto a lo que aparece como patológico:

Tengo 23 años de edad, sin embargo, ya he perdido cinco años de mi vida al trabajo de tiempo completo de estar loca. Comenzó inocentemente; Fui a mi centro de salud de los estudiantes en la Universidad de América para hablar con un consejero sobre una depresión leve. El centro de orientación universitaria estaba lleno de gente, por lo que se me remitió a un psiquiatra fuera del campus en DC. Recuerdo vívidamente estar sentada en una silla de cuero dura en una oficina de blanco rígido, y este doctor me pidió responder una lista de preguntas en una hoja de papel. Después de menos de 10 minutos, me diagnosticaron el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y depresión, y me recetaron Neurontin y Lexapro. Era la realidad de lo que sucede cuando los médicos reparten diagnósticos sin conocer a sus pacientes (Di Venuto: 2015).

El discurso del psiquiatra nos muestra cómo la razón se ha valido de la sinrazón como objeto de estudio, en un proceso en el que la ha sometido a sus conceptualizaciones y ha marcado distancias respecto a ésta, para finalmente resultar excluyéndola. Pero el discurso también es el lugar donde surgen las luchas.

Para avanzar hacia una nueva economía de las relaciones de poder, Foucault sugiere un modo de investigación consistente en tomar como punto de partida las formas de resistencia a los diferentes tipos de poder y los intentos hechos para disociar estas relaciones (1988: 5).

En los relatos de los sobrevivientes a la psiquiatría, se evidencia el temor que durante su fase como pacientes sintieron frente al saber psiquiátrico y las dificultades que para ellos representaba oponerse a este, dado su status de ciencia:

Yo estaba decidida a no tomar los medicamentos como me habían sido prescritos, pero no tuve el coraje de enfrentarme a mi psiquiatra y expresarme. Era como si una decisión irrevocable hubiese sido hecha para mí, que no era objeto de debate y nunca lo sería. La ciencia había intervenido y dado su respuesta, y ¿qué podría yo refutar a la ciencia? Seguí adelante en la terapia para hacer parecer como si yo tomara las píldoras con regularidad. A pesar de que siempre había sido una persona con un complejo de culpa muy grande, este engaño nunca me hizo sentir culpable. En todo caso, me sentí noble. Estos medicamentos eran las armas de mi enemigo, y yo tenía que hacer lo que fuera para mantener mi independencia. Verdaderamente me sentí como si estuviera en una batalla por mi "yo" (Delano: 2010).

Las luchas, aunque en ocasiones internas, se oponen a “los efectos del poder vinculados con el saber, la competencia y la calificación: luchan contra los privilegios del saber. Pero también se oponen al misterio, a la deformación y a las representaciones mistificadoras impuestas a la gente.[...]Lo que se cuestiona es el modo como circula y funciona el saber, sus relaciones con el poder” (Foucault, 1988: 7). Lucy Johnstone, quien es una sobreviviente a la psiquiatría y blogger de Mad In America que hace parte de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, da cuenta de lo anterior en la siguiente afirmación:

En tiempos bíblicos, la gente estaba firmemente convencida de que la conducta perturbada o perturbadora podría explicarse por la presencia de espíritus malignos. En realidad, nadie podía verlos, pero todo el mundo sabía que estaban allí. Estamos igualmente convencidos hoy, por la explicación que la angustia extrema es un signo de posesión de entidades tales como la “esquizofrenia”. Nadie puede detectar el 'desequilibrio bioquímico "o la" vulnerabilidad genética' que pueda confirmar su existencia, pero sabemos simplemente que la "enfermedad" se esconde en alguna parte. Claramente, la razón por la gente oye voces es porque tienen "esquizofrenia". ¿Y cómo saben que tienen 'esquizofrenia'? Debido a que oyen voces, por supuesto! (Johnstone: 2013).

En cada cultura la locura puede ser concebida de manera distinta, aún en nuestros días, para muchos es difícil dibujar la línea que separaría una posesión demoniaca y una

enfermedad mental, pero lo cierto es que en ambos casos se trataría de plasmar una diferencia a partir de comportamientos que resultan inexplicables, que van en contra del orden establecido y que por lo tanto representan una amenaza. Las etiquetas corresponden entonces a formas de control sobre prácticas de sujetos que se escapan de lo establecido dentro de la escala de valores de su cultura y buscan a partir de la marca del sujeto desviado, reprimir sus manifestaciones “anormales”. Si bien existen algunos patrones generalizados para definir la locura en la modernidad a partir de lo patológico, la falta de certeza a la hora de precisar quién está loco y quién no dependiendo también del contexto social en que se ubique, sería un punto de partida para debatir un saber que cuestiona actitudes subjetivas y que cuánto más hace uso de conceptos sobre la locura, más la reprime.

“El sujeto hoy se rebela contra ese cúmulo de acciones que son dirigidas, desde su nacimiento hasta su muerte, sobre él con el fin de que adecue su conducta, su accionar, su forma de ser, a las conductas deseadas y esperadas por los otros; otros que se arrogan el derecho de guiarlos y conducirlos, basándose en la posesión de un saber que les permite asegurar cómo y de qué manera los sujetos deben conducirse, siendo ésta la forma normal de conducta” (García: 2002: 35).

Los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, se rebelan contra una serie de acciones a los que son conducidos con el fin de adecuar su conducta a lo que los otros esperan de ellos, basándose en la tenencia de un saber del que se valen para establecer cuál es la forma normal de conducta. Su propuesta en contraposición a lo anterior es la siguiente:

Para realmente ayudar a las personas que están etiquetadas como enfermas mentales, tenemos que repensar lo que es “normal”, de la misma manera en que nos estamos replanteando lo que significa ser incapaz de oír, ver o tener movilidad física limitada. En última instancia, acomodar a aquellos que son diferentes, beneficia a toda la sociedad. Necesitamos desafiar el normalismo en todas sus formas, y cuestionar la sabiduría de adaptarse a una sociedad opresiva y poco saludable, una sociedad que es en muchos aspectos bastante loca (Hall: 2012, p. 15).

Precisamente, el discurso mismo de los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la psiquiatría, que surge de la insatisfacción respecto a su estado de sujeción al campo psiquiátrico, se configura como una contraducta y los psiquiatras terminan siendo incapaces de convencerlos de su “locura”, al menos en la forma como el

profesional de la salud la conceptualiza y dejan de ser pacientes para convertirse en usuarios y sobrevivientes.

1.3 ¿Cómo se reconoce el sujeto loco a sí mismo?

1.3.1 Ser paciente

Hay dos asuntos que resultan de especial interés al analizar la forma como el sujeto se constituye como "paciente": uno corresponde a las implicaciones del diagnóstico en la configuración del sujeto "loco", y el otro, a la cuestión del hospital psiquiátrico como espacio para albergar al paciente y su locura.

El diagnóstico es un elemento fundamental en el moldeamiento del sujeto paciente. A partir de una breve entrevista con el sujeto que ha tenido experiencias o pensamientos que se salen de la norma respecto a su grupo de referencia, se le otorga al psiquiatra el poder de clasificar a los individuos que atiende según un catálogo cada vez más extenso de enfermedades mentales consignadas en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales) que patologiza a los individuos atendiendo a una serie de síntomas. Las críticas de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría al respecto, tienen que ver en parte con la imposibilidad de clasificar los sentimientos, emociones y pensamientos de todas las personas, pues dada su diversidad se tiende a encasillar experiencias de la vida cotidiana dentro del grupo de comportamientos anormales.

Peter Kinderman, citado por Johnstone en un blog de usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría afirma: "Los clientes y el público en general se ven afectados negativamente por la medicalización constante y continua de sus respuestas naturales y normales a sus experiencias; respuestas que sin duda tienen consecuencias penosas... pero que no reflejan enfermedades tanto como variaciones normales del individuo... Esto no alcanza el contexto relacional de los problemas y de la causalidad social innegable de muchos de estos problemas" (Kinderman citado por Johnstone 2013).

Como afirma Ivan Illich la práctica de la medicina no sólo niega la salud en la medida en que destruye el potencial de las personas para afrontar situaciones de vulnerabilidad en

las que se ven envueltas de forma autónoma, sino que multiplica la demanda del papel de paciente, haciendo de ellos seres incapaces de vivir sin la asistencia institucional, exceptuándolos del trabajo asalariado debido a sus síntomas y excusándolos así para apartarse de la lucha por la transformación de la sociedad en que viven (Illich 1975: 29).

En reciprocidad a lo anterior, Sálam Gómez en su calidad de codirector de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, y fundador y presidente de la ONG Fundamental Colombia, presenta una crítica frente a los lineamientos y actividades que desarrollan la mayoría de grupos de apoyo en Colombia:

Existen varios grupos de apoyo, nosotros somos el único con enfoque desde la Convención de Derechos⁵, el resto de estructuras que existen son grupos de usuarios, ellos son “pacientes” “enfermos” y “es que yo soy el paciente y pobrecito que yo no puedo”. Y eso es parte de un discurso y de un enfoque, pero es que yo no me puedo quedar en esa zona de confort y justificarme “que estoy enfermo”; ahí es donde yo he chocado mucho con los grupos. La gran cantidad de grupos que existen están diferenciados por diagnóstico, entonces están bipolares, está esquizofrenia, etc., y lo lideran son familiares y psiquiatras, y no personas que han vivido el proceso [...] y ahora, están buscando como se incapacita la gente para pensionarlos, entonces ahí si tienen discapacidad psicosocial, antes tenían un diagnóstico, entonces no hay claridad entre si se paran en el diagnóstico o se paran en los derechos (Salam Gómez comunicación personal: 5 de agosto de 2015).

En cierta medida el proceso de diagnóstico podría configurarse entonces como una ceremonia de degradación en términos de Garfinkel, como “aquella actividad comunicativa de los seres humanos mediante la cual la identidad social de uno de los “participantes” es trasladada, dentro del esquema usual de tipos sociales, a un lugar inferior de rango” (1956: 1)

Pese a que Garfinkel habla de la sanción social de la degradación de la “identidad” y esta palabra se excluye de este análisis debido a la contradicción que representa en cuanto al proceso dinámico de transformación del sujeto, se podría ver el diagnóstico como una

⁵ El artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) estipula el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica y a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás, sin discriminación por motivos de discapacidad —no solamente la capacidad de tener derechos, sino también la capacidad de actuar

forma de desafiar todo aquello que los sujetos eran antes de ser pacientes, marcando en ellos la desviación e incrustando la etiqueta de enfermos en sus pensamientos, en la nueva forma como se perciben a sí mismos y por lo tanto cómo se relacionan con los demás. Tal como sugiere el siguiente fragmento de una activista de 48 años del movimiento de usuarios de la psiquiatría en Alemania:

[...]Durante mi carrera como paciente aprendí a atribuir cada revés y cada pequeña decepción a mi desorden. Durante mucho tiempo no me atreví a tomar el asunto en mis propias manos, para dirigir mi propia vida. Confié en los profesionales; ellos eran los expertos, sabían cómo llevar mi vida, yo no (Boevink citada por Lehmann & Stastny 2009: 98).

Es claro que existe una aversión generalizada a ser diagnosticado con una enfermedad mental, y esto está relacionado con las profundas implicaciones que para el sujeto trae dentro de la vida social, invalidando su conducta y convirtiéndose en un sujeto en situación de inferioridad respecto a su grupo de referencia. Desde el momento en el que se da el diagnóstico, se le sugiere al paciente que su enfermedad será su principal preocupación por el resto de su vida.

Las reflexiones de ex – usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría acerca de su proceso de diagnóstico, están ligadas precisamente a una ruptura en su historia de vida, porque desde este momento se rechaza todo lo que fueron antes del diagnóstico y a partir de éste únicamente se transforman en sujetos de la psiquiatría:

Nunca sabré lo que habría ocurrido si nunca me hubieran dado el diagnóstico inicial. Ciertamente no era feliz en el momento, pero ¿era mi infelicidad tan grande como para justificar esas drogas que alteran la mente? ¿Podría haber sido ayudada por terapia de conversación? Durante años, me alimenté de lo que mis médicos me estaban diciendo que era: maníaca, psicótica, letárgica, y ansiosa. Las etiquetas se cernían sobre mí como si fueran parte de mi vida diaria. Se convirtieron en mi identidad (Di Venuto 2015).

Diagnosticar a alguien con una etiqueta devastadora como "esquizofrenia" o "trastorno de personalidad es una de las cosas más perjudiciales que un ser humano puede hacer a otro. Redefinir la realidad de alguien, es la forma más insidiosa y devastadora de poder que podemos utilizar. Se puede hacer con la mejor de las intenciones, pero es un error científico, profesional y ético. El debate DSM nos presenta una oportunidad única para poner algo de

esto derecho, mediante la colaboración con los usuarios del servicio hacia una comprensión más útil de cómo y por qué vienen a experimentar formas extremas de angustia emocional (Johnstone 2013).

A través del diagnóstico, lo que antes eran comportamientos del sujeto que llamaban la atención de quienes le rodeaban, se convierten en síntomas para demostrar que desde el principio se trataba de un sujeto enfermo. Según Garfinkel: "El Otro se convierte textualmente, en los ojos de su acusador, en una persona nueva y diferente. No es que al "núcleo" antiguo se le agreguen nuevos atributos. La persona no es transformada sino que modelada nuevamente. En el mejor de los casos, la identidad anterior ocupa el lugar de la apariencia. En la apreciación social de lo que significa la realidad, la identidad anterior aparece como casualidad; la nueva identidad es la "realidad básica". "Después de todo lo sucedido", lo que alguien es, en realidad es lo que siempre fue" (1956)

Incluso para aquellos que se rebelan contra el diagnóstico, permanece por siempre la etiqueta de haber sido pacientes mentales:

Como pacientes mentales, toda nuestra humanidad se reduce a una lista de síntomas, totalmente subjetivos (es decir, " profesionales") dictámenes sobre nuestro valor y nuestro carácter apuntadas en una escritura descuidada. Estas palabras arbitrarias e inventadas se garabatean en cuestión de minutos, pero tienen el poder de despojarnos de nuestra identidad, nuestro derecho a respirar aire fresco, nuestra integridad corporal, la santidad de nuestra mente, nuestra dignidad, nuestra humanidad. Y, por supuesto, aunque podamos despertar a su absurdo y abandonarlos, nos convertimos en ex pacientes mentales, y estas páginas y páginas de palabras inventadas nos seguirán por siempre en registros escritos, almacenados en los sótanos del hospital y en archivadores, fantasmas de nuestro pasado (Delano 2015).

La degradación del sujeto no tiene que ver simplemente con haber sido diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental, sino con el internamiento en una institución psiquiátrica, que implica una ruptura en la continuidad de la vida cotidiana de los individuos. Tal y como afirma Goffmann:

Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiene que dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio. La característica general de las instituciones totales es la ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero,

todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, o sea que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional (1972: 19).

En el caso de las instituciones psiquiátricas, éstas tienden a tener estas características particulares: las instalaciones cuentan con espacios de acomodación para pacientes con el fin de garantizar una comodidad mínima, tienen sistemas de seguridad para vigilar la entrada y salida de cualquier persona, paciente o visitante. Existen horarios establecidos para la visita de familiares o allegados que la institución autorice y no se les permite a los pacientes tener algunos elementos que para la institución representan algún riesgo o que pueden interferir con el tratamiento, La vigilancia al interior de la institución la hace personal de enfermería y en el exterior personal de vigilancia; situación que puede resultar bastante incómoda para los pacientes:

En el hospital, las enfermeras abrían las puertas del dormitorio cada 15 minutos para comprobar a los pacientes. No importaba si estábamos durmiendo, duchándonos o vistiéndonos. Por supuesto, este nivel de atención es necesaria para algunos pacientes. Pero, este plan de tratamiento es deshumanizante para aquellos que no requieren tanta atención (Di Venuto 2015).

En cuanto al control de la actividad y el empleo del tiempo que ejerce el poder disciplinario, en el caso del hospital psiquiátrico, se observa lo siguiente: el paciente interno no recibe respuesta a sus necesidades, sino que más bien es objeto de una estricta disciplina: debe levantarse a la misma hora todos los días, no puede despertarse a la hora que el desee, debe bañarse y arreglarse, de lo contrario es catalogado como uno de los locos “sucios”, debe desayunar y tomar sus medicamentos, realizar las actividades que le sean asignadas como parte de una terapia ocupacional (que generalmente corresponden a prácticas poco estimulantes como panadería, carpintería o tejido) para lo cual cuentan con espacios destinados a estos talleres. De hecho, Salam Gómez quien es copresidente de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría dice lo siguiente al respecto: “Odio

las cerámicas. Eso es lo único que mucha gente cree que puede hacer una persona con discapacidad psicosocial” (Correa 2014).

Además, el paciente debe dormir a la hora que le es indicado sin realizar ningún tipo de protesta porque esto le traería un castigo como ser atado o completamente sedado. “El tiempo medido y pagado debe ser también un tiempo sin impureza ni defecto, un tiempo de buena calidad, a lo largo de todo el cual permanezca el cuerpo aplicado a su ejercicio. La exactitud y la aplicación son, junto con la regularidad, las virtudes fundamentales del tiempo disciplinario” (Foucault 1977:156).

Otra cuestión importante en cuanto al tema, es el arte de las distribuciones; la disciplina distribuye a los individuos en el espacio a través de las siguientes técnicas: la clausura; la localización elemental o división en zonas, espacios en los que se le da a cada individuo su lugar y los emplazamientos funcionales, que crean espacios útiles y que responden a la necesidad de vigilar: existen pabellones para hombres y para mujeres, y también una unidad en la que son reclusos los enfermos mentales que se considera que representan un alto riesgo de peligrosidad para los demás o para sí mismos, los cuartos son asegurados desde afuera para permitir un encierro más dentro del encierro institucional como forma de castigo, y las puertas tienen grandes ventanas que permitan a médicos y enfermeros una mirada de cada paciente, y según el diagnóstico los pacientes están incomunicados con el exterior de la institución y con sus familiares

Muchos elementos que actúan en el contexto del hospital psiquiátrico tienden a pasarse por alto, sin comprenderse los objetivos implícitos en la minuciosidad de sus detalles.

Lo anterior, se pone de relieve en el siguiente fragmento del Poema de Marisa Wagner (poeta, psicóloga social, profesora y presa psiquiátrica durante 11 años), en donde no solo se evidencia la prevención frente a las consecuencias de lo que dice y lo que calla, sino también se pueden identificar algunos elementos de las formas de gobierno que fabrican los sujetos “locos” y que perviven en el ámbito de la enfermedad mental hoy.

Ya no consumo Halopidol,
sólo Tegretol, Anafranil y Litio.
Estoy compensada.
Traduzcamos:
me mantengo de éste lado,

es decir, sin delirios
y deambulo
(porque, nosotros, los pacientes, deambulamos).
Es una nueva costumbre que he adquirido.
Deambulo -como digo-
libremente por el enorme parque del hospicio.
Estoy lúcida, ubicada en tiempo y espacio,
por lo tanto:
sé en qué día vivo.

¿Vivo? Me pregunto,
y me entra la tristeza y me deprimó.
La historia clínica se pone gorda de tristezas.
Yo soy mi historia clínica.
¿Dejé de ser mi historia, acaso?
Es muy malo preguntarse tantas cosas
que complican, además, el tratamiento.
Tengo sueños, pesadillas
que a nadie se las cuento, por las dudas,
no sea cosa, vayan a la historia clínica.
Pero si tengo insomnio, por ejemplo,
esto es inocultable,
y va derecho a la historia clínica.
Mi psiquiatra, entonces,
regula las pastillas.
Duermo. Se anota en la historia clínica.
Doctor, estoy amando
¿Esto también irá a la historia clínica? (Wagner, 2002)

En el poema de Wagner, se esbozan algunos elementos del poder disciplinario cuyo éxito se debe al uso de los siguientes instrumentos: la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y el examen, este último en donde la superposición entre relaciones de poder y saber se hace más notoria, es exhaustivo, ejerce una vigilancia sobre cada paciente, respecto a su alimentación, su comportamiento, la forma en que manifiesta sus emociones y atiende a las normas; se registran minuciosamente sus acciones, y se califica así la evolución o se imponen castigos al paciente, de esta manera permite calificar y

castigar a los individuos a través de una mirada normalizadora. Tal y como lo expone esta sobreviviente a la psiquiatría: se fija sobre ella una vigilancia que coacciona, haciendo seguimiento a todos sus comportamientos que son consignados en su historia clínica y tomando las medidas “normalizadoras” a través de la medicación psiquiátrica.

Además, en las instituciones psiquiátricas se pone en evidencia la medicalización en su máxima expresión, es así como acciones de la vida cotidiana que fuera de la institución tendrían un margen de aceptación mayor, al interior se configuran como situaciones anormales que requieren intervención de los profesionales para tomar las medidas en pro de la recuperación del orden. En cuanto a este asunto un ex – usuario de la psiquiatría menciona lo siguiente:

[...] a mí la verdad me daba rabia ver como trataban a los niños, cuando hacían alguna broma los encerraban en el cuarto y si no se calmaban pues los amarraban y los dopaban, yo entendía a los niños, porque yo de pequeñito también era muy inquieto, y yo creo que lo que ellos hacían eran cosas de niños, pero como uno estaba allá, entonces ya no son cosas de niños sino cosas de locos (Moreno, comunicación personal, 27 de julio de 2015).

Por otra parte, en las instituciones psiquiátricas existe una jerarquía no sólo entre los médicos y pacientes, sino también entre los profesionales médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, enfermeros y cuidadores; sino entre los mismos pacientes según la etiqueta que a través del diagnóstico del psiquiatra se les ha impuesto, siendo quienes sufren de delirio y alucinaciones o quienes no pueden hacer uso del lenguaje, los que ocupan lugares inferiores en la jerarquía y también los que pueden ser víctimas de maltrato dada su incapacidad de hablar o de que sus reclamos tengan alguna validez tratándose de las palabras de un loco, predisponiéndolo a una serie de humillaciones, tal y como lo expresa una sobreviviente a la psiquiatría a continuación:

Es difícil enfrentar el ser un paciente en un hospital psiquiátrico. Este es un lugar donde es probable experimentar traumas, y donde incluso el abuso puede ser sufrido o presenciado. Mi estancia en la institución me dañó varias maneras, aunque no haya sido de forma intencional. Cuando miro hacia atrás la forma indigna que era ser un paciente psiquiátrico, el respeto hacia mí mismo por el que yo luché a través de los años se siente inestable. Cuando recuerdo la humillación inherente a ser un paciente, me siento tan enojado, y soy el responsable de no olvidar mi resolución que tal humillación nunca volverá a sucederme (Boevink citada por Lehmann & Stastny 2009: 98)

En general, el hospital psiquiátrico le da al paciente un espacio para su enfermedad, no suprime ni le interesa suprimir la locura que fabrica, sino ocuparse de sus síntomas, en tanto se hace de los locos sujetos marginados que responden a sus juegos de saber-poder.

Sin embargo, para revertir los efectos de la práctica de degradación del diagnóstico y del internamiento, los (ex-) usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría abandonan el “ser paciente” y subvierten la etiqueta negativa de locura, en un reconocimiento positivo de sus experiencias y sensibilidades diversas: como una especie de “orgullo loco”.

1.3.2 Ser sobreviviente

En las sociedades actuales, predominan las luchas en que los sujetos combaten todo aquello que los ata a sí mismos y de esta manera los somete a los otros. Se lucha contra la individualización que permite que el poder actúe cuando alguien se sale de lo considerado como normal, es una individualización, que tiende entonces a la homogenización a la que se oponen los sobrevivientes en pro del respeto por la diferencia y la singularidad.

La producción de nuevas experiencias en torno a la locura, a partir de la deconstrucción del sujeto como paciente y el surgimiento de modos de subjetividad que rechazan lo universal de la locura y la posibilidad de clasificar a los individuos según categorías patológicas como las del DSM, surgen a partir de una ruptura en las historias de vida de los sujetos que experimentaron negativamente las prácticas de la psiquiatría. Los relatos al respecto aparecen con regularidad cuando se trata de conceptualizar el ser “sobreviviente”:

Nos referimos a “usuarios y sobrevivientes “ a las personas usuarias de servicios de salud mental; conocidos popularmente como “pacientes”, personas con diagnósticos psiquiátricos o psicológicos, muchos de los cuales son sobrevivientes de malas e inadecuadas intervenciones y prácticas en salud mental “psiquiatría, psicología entre otras “ tales como, la sobremedicación, internación forzada, aislamiento social, abandono, sobreprotección, tortura y malos tratos entre otras violaciones en derechos humanos (Fundamental Colombia 2015).

Los sobrevivientes a la psiquiatría no sólo establecen denuncias frente a tratamientos de la psiquiatría, pues al cuestionar los fundamentos de la psiquiatría tradicional y sobre todo al proponer alternativas a la misma, lejos de caer en una victimización por el sufrimiento experimentado en internaciones involuntarias, medicación forzosa, electroshock y la misma patologización de su angustia, evidencian que las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos simplemente tienen particularidades y diferencias, pero son capaces de ayudarse a sí mismos y a los demás a través de la identificación con otros sobrevivientes que comparten experiencias similares, de su aspiración por el reconocimiento de sus experiencias diversas, y del desarrollo de su autonomía, subvirtiendo así el sentido peyorativo de la palabra locura:

Sobrevivir es vivir después de determinado acontecimiento. Ser sobreviviente de la psiquiatría significa para mí haber sobrevivido al encierro, a los efectos nefastos de la medicación, al estigma, a la supresión de derechos, al propio prejuicio, al prejuicio ajeno, aprender a convivir con él, aprender a interrogar si estoy autoestigmatizándome.

Ser sobreviviente de la psiquiatría es haber aprendido sobre mí, sobre mi problemática y haber ejercitado autodeterminación sobre mi persona, haber ejercido sentido de derechos humanos e igualdad y encontrarme con barreras insospechadas hasta ese momento. Ser sobreviviente de la psiquiatría es estar en contacto con una red de personas en el mundo que nos identificamos con esta forma de comprensión que se adquiere al cuestionar el propio sufrimiento y las prácticas que sobre él imponen determinados criterios desde el ejercicio de la psiquiatría, de la psicología y el derecho encontrando eco para ello en la sociedad en su conjunto, en legislaciones vigentes que no son sinónimo de actuales.

Cuando algunas personas dicen que uso un rótulo al identificarme como sobreviviente de la psiquiatría no observan que seguramente si dijera que soy enferma con tal o cual padecimiento tal vez no estarían señalando el rótulo y hasta pueden llegar a decir que estoy bien en tanto reconozco la enfermedad...No es eso lo que está en juego ni en discusión al llamarme sobreviviente de la psiquiatría, no se trata de un rótulo sino de denunciar haber vivido algo que pudo conducir a la muerte y que se lo ha superado viviendo a partir de esos acontecimientos de otro modo y tomando conciencia de todos los maltratos a los que se fue sometido en ocasión de la crisis y después de haberla padecido. Se trata de la comprensión de mi misma como persona en igualdad de condiciones y que ha conocido una serie de dispositivos en nombre de la salud claramente iatrogénicos y eugenésicos (Ponte 2010)

En el caso de los sobrevivientes a la psiquiatría, son recurrentes las luchas que cuestionan el status del individuo, que sostienen el derecho a ser diferentes y subrayan todo lo que hace a los individuos verdaderamente individuales. Por otra parte, atacan todo lo que

puede aislar al individuo, hacerlo romper sus lazos con los otros, dividir la vida comunitaria, obligar al individuo a recogerse en sí mismo y atarlo a su propia identidad de un modo constrictivo, tal como se muestra en la siguiente afirmación de Jody Harmon, una sobreviviente a la psiquiatría estadounidense de 58 años, quien hace parte de MindFreedom International⁶ y a lo largo de su vida fue etiquetada con múltiples diagnósticos (esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, bipolaridad, trastorno límite de la personalidad):

Soy una sobreviviente psiquiátrica, y yo no uso ese término vagamente. He estado confinada en bodegas etiquetadas como hospitales. He soportado conferencias semanales que denominan terapia. Se me ha presionado, atado, dejado. He tomado píldoras forzadas por mi garganta y agujas sumidas en mi carne. Todo esto para hacerme "normal", un molde en el que nunca voy a encajar (Harmon 2001).

Estas luchas no están exactamente a favor o en contra del "individuo", más bien están contra el "gobierno de la individualización" (Foucault 1988: 5) como vemos en la siguiente afirmación de Chris Hansen citado por Lehmann, P. & Stastny:

"Tangata Motuhake" es un término maorí de Nueva Zelanda para personas que celebran su propia singularidad. También es el nombre que algunos neozelandeses, como yo, prefieren utilizar para describir su identidad como una persona loca. Me siento honrado de tener el privilegio de ser parte de la comunidad, que ha enriquecido mi vida más allá de mis sueños más salvajes. Una clave para mi supervivencia ha sido "Motuhake tangata": aprender a celebrar, en lugar de despreciar mi propia singularidad (2009: 47).

Las luchas actuales dentro de las que se inscriben las de los (ex –) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría buscan atacar una forma de poder más que una institución o en grupo particular, se resisten a las técnicas que los clasifican en categorías y los transforma en sujetos sometidos a una identidad, tal es el caso del Proyecto Ícaro, vinculado con la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, cuyos miembros son personas que experimentan el mundo en formas que a menudo son

⁶ MindFreedom International MFI está acreditado en Naciones Unidas como Organización no gubernamental asesora. Sus miembros, el personal y la junta se identifican a sí mismos como sobrevivientes a la psiquiatría, reúne a 100 grupos afiliados con miles de miembros individuales, y luchan por el respeto de los derechos humanos y alternativas para personas etiquetadas con discapacidades psiquiátricas.

diagnosticadas como enfermedad mental, y buscan transformarse a sí mismos transformando el mundo que les rodea y las concepciones clásicas de la locura:

El Proyecto Icaro busca superar las limitaciones de un mundo decididos a etiquetar, clasificar y ordenar el comportamiento humano. Imaginamos una nueva cultura que permite el espacio y la libertad para explorar diferentes estados del ser, y que reconoce que el colapso puede ser la entrada de la recuperación. Queremos crear un lenguaje tan vasto y rico que expresa la infinita diversidad de las experiencias humanas. Exigimos más opciones en la comprensión y la navegación de la angustia emocional y queremos que todas las personas tengan acceso a estas opciones, independientemente de su ingreso, capacidad, o identidad (Proyecto Ícaro s.f: párr.2).

Los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, al rechazar las formas de subjetividad impuestas por la modernidad a través de la etiqueta de “enfermos mentales” se oponen a seguir atados a la identidad que les fue dada a través del diagnóstico psiquiátrico tras no adecuarse a las conductas deseadas por los otros, y dejan de concebirse a sí mismos como pacientes para alcanzar un tipo de subjetividad diferente a través de la producción de nuevas experiencias de “locura”:

Somos miembros de un grupo que ha sido mal interpretado y perseguido a lo largo de la historia, pero que también ha sido responsable de algunas de las creaciones más extraordinarias del mundo. Las sensibilidades, visiones e inspiraciones no son necesariamente síntomas de enfermedad, son dones que necesitan ser cultivados y cuidados. Cuando son honrados y nutridos, estos regalos pueden sentar las bases de una sociedad más sabia y compasiva. Como una comunidad de ayuda mutua, entrelazamos los hilos de la locura y la creatividad para inspirar esperanza y transformación en un mundo opresivo y dañado (Proyecto Icaro s.f: párr.3).

La constitución de los sujetos como usuarios o sobrevivientes a la psiquiatría, parte de una respuesta a una serie de experiencias negativas que vivieron durante su etapa como pacientes y que los lleva a cuestionar la verdad de la psiquiatría que antes parecía indiscutible:

Somos los sobrevivientes de uno de los sistemas más perversos de opresión que se hayan desarrollado, y sus víctimas y sus críticos. Nosotros somos los que decimos la verdad, no solo al decir que la enfermedad mental es una ilusión, intelectualmente y científicamente, también es el sistema de control social de una perversión y minuciosidad sin precedentes (Lehmann & Stastny 2009: 37).

Incluso para aquellos que continúan asistiendo a los servicios de la psiquiatría, el hecho de concebirse como usuarios en lugar de pacientes, implica una lucha para que dejen de ser tratados como seres necesitados de compasión, sumisos e incapaces de tomar decisiones, y rompan las relaciones de desigualdad con el doctor que posee el saber y el derecho de actuar sobre sus vidas:

Podría decirse que a partir de la noción de dignidad del riesgo se está constituyendo un nuevo sujeto social: el usuario de los servicios de salud mental. Es un término incomodo porque nos remite a la figura del consumidor. Sin embargo, los arquitectos y los abogados tienen clientes. En contraste, los médicos atienden pacientes. En el campo de la salud mental hay un plus. Pero de esta manera, la profesión médica queda desacralizada y definida exclusivamente en términos laicos y terrenales. Forma parte del cambio de lugar del médico y del “enfermo mental” en la geometría social. La propuesta es alterar esta relación para aumentar la capacidad de decisión del usuario para exigir información. La consecuencia es que el usuario puede intervenir en la elaboración de su diagnóstico, elección de terapias, suscribir un pacto cuasi-igualitaria con su psicólogo o psiquiatra para recorrer un camino que lo llevara a recuperar la salud mental. Los profesionales de la salud también ganan porque en este cambio de su práctica profesional se pone el énfasis en la pericia técnico-científica (Basz 2011).

Este giro en la forma de concebirse a sí mismos, de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, da cuenta de los periodos críticos que establecen perspectivas no convencionales frente a la locura y frente a los tratamientos de la psiquiatría tradicional, eliminando la compasión internalizada del ser paciente, y posibilitando la exaltación de las decisiones personales en los procesos de estructuración social.

2.Crisis de locura y crisis de sentido

Teniendo en cuenta las categorías usadas para la selección y análisis de la la información, presentadas en la introducción, este capítulo examina los siguientes conceptos centrales: locura, sobreviviente, paciente, crisis, riesgo, experiencia con la psiquiatría, autodeterminación y la relación locura-peligrosidad. Estas categorías resultan fundamentales no sólo a nivel conceptual, sino también porque son objetos discursivos que se encuentran en la regularidad de los relatos de los miembros de la Red. En este capítulo se intenta identificar los puntos de ruptura en las historias de vida de los miembros de la Red, cuando dejan de ser pacientes para convertirse en usuarios y sobrevivientes, y examinan alternativas para manejar el riesgo aparentemente inherente a la locura, a partir del surgimiento de crisis de sentido que dan lugar a nuevas formas de subjetivación respecto a la locura.

2.1 La idea del loco como sujeto peligroso

La peligrosidad, es un asunto esencial en el análisis de la constitución del sujeto “loco”, ya que es una representación social respecto a los enfermos mentales: estigmatizados frecuentemente en medios de información como sujetos peligrosos. Al respecto un ex - usuario y sobreviviente a la psiquiatría señala lo siguiente en un blog:

La persona “mentalmente enferma” a menudo se representa culturalmente como una criatura triste patética o un loco fuera de control; poseído, suponemos, por los demonios biológicos. Las historias en las noticias y el entretenimiento a menudo alimentan el temor cultural a la enfermedad mental. Debido a que la locura es aterradora y vergonzosa, no la Tratamos ni entendemos en las conversaciones de la vida cotidiana o en las escuelas (May, 2013).

La peligrosidad no solo es una representación social recurrente acerca de los sujetos “locos”, también constituye la justificación de la internación psiquiátrica: que “el loco” represente un peligro para sí mismo o para los demás: peligrosidad basada por supuesto en el dictamen de un médico psiquiatra, que se trata de la marginalización de la locura muy ligada a lo jurídico; connotación que se evidencia en el hecho que en la asistencia ante las crisis se hagan presente tanto médicos como policías:

Uno escucha historias que uno dice, ¿cómo así? ¿esto pasa aquí? estamos en el siglo XXI y seguimos pensando igual que en la edad media, en donde se amarran a las personas, se golpean, se sobremedican, hay tortura evidentemente en los manejos, no solamente en clínicas sino en las casas, por los aislamientos forzados que hay, el mismo hecho que una persona que esté en crisis y que llame y diga: “Mire necesito asistencia” y lo primero que llega es una patrulla de policía y no llega una ambulancia, es porque no contamos con ese tipo de servicios que son tan básicos para realmente facilitar una buena atención (Gómez entrevista a Unimedios, 4 de junio de 2015).

Sin embargo, pese a que esta idea del loco como alguien que genera peligro es bastante generalizada, la comprensión de su asociación no es tan sencilla: cuando en las noticias escuchamos que alguien asesinó a otras personas sin ningún motivo aparente, lo primero que se nos viene a la mente es que esa persona está loca, porque a alguien “normal” no le cabría en la cabeza hacer algo así, y en tanto más perversos e inexplicables parecen los crímenes más nos avocamos a la justificación de la maldad como locura en sí misma.

Es por esto que es importante analizar brevemente la construcción de la equiparación locura-peligrosidad, como producto de la relación del saber médico psiquiátrico y jurídico.

Foucault, en *“La evolución del concepto de “individuo peligroso” en la psiquiatría legal del siglo XIX”* (1999) señala la importancia de la confesión y la explicación acerca de sí mismo que requiere la maquinaria penal, ante el silencio de los dementes; los abogados, magistrados, fiscales, necesitan de otro tipo de discurso para juzgar y condenar, para lo cual acuden al saber de los psiquiatras. En cuanto a la psiquiatrización de la delincuencia, Foucault plantea algunos elementos clave: mientras más graves eran los crímenes más conveniente era plantear la cuestión de la locura; la forma de los crímenes apropiada para este planteamiento a comienzos del siglo XIX es el del gran monstruo en el cual se unen locura y criminalidad, inaugurando la psiquiatría del crimen como una patología de lo

monstruoso; y finalmente el hecho de que los crímenes analizados se habían realizado sin razón.

Cuando se funda la nueva psiquiatría en Europa y América, surge una paradoja: se intenta comprender un tipo de alienación teniendo en cuenta como único síntoma el crimen, y se intenta localizar como causa de crímenes la locura que esconden los sujetos. “Lo que la psiquiatría del siglo XIX ha inventado es esa entidad absolutamente ficticia de un crimen-locura, de un crimen que es enteramente locura, de una locura que no es otra cosa que crimen” (Foucault 1999b: 43) A principios del s. XIX, cuando la psiquiatría se funda como una especialidad médica, surge este interés por patologizar el crimen, no como un campo de conocimiento a conquistar sino como una modalidad de poder que garantizar, inscribiéndose “en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social” (Foucault 1999b: 44). Por otro lado frente a la cuestión de por qué la institución penal, a partir de la década de 1820 recurrió a la intervención médica de la que antes había prescindido, Foucault muestra que esto respondió a la necesidad de los magistrados de adaptar las modalidades de castigo a la naturaleza del criminal; dado que la razón del crimen era la razón del castigo y en los crímenes monstruosos no había una razón, debían buscar el sentido y para ello acudían a los psiquiatras quienes debían analizar la razón del individuo y la racionalidad del acto criminal para así determinar su culpabilidad.

A finales de siglo XIX y comienzos del siglo XX, la psiquiatría abandona la noción de monomanía fundamentada en los crímenes sin razón, debido al nuevo análisis del instinto y la afectividad que daba la posibilidad de un análisis causal de las conductas. Ante la situación de gran demanda política y social de represión frente al crimen, la responsabilidad aparecía como inadecuada, la antropología criminal solicitó entonces un desplazamiento del crimen hacia el criminal, del castigo modulado del culpable a la protección absoluta de los demás, y del delito efectivamente cometido al peligro incluido en el individuo. En el derecho civil se dieron unas transformaciones en torno a las nociones de accidente, riesgo y de responsabilidad, y el problema de fundamentar una responsabilidad exenta de culpa.

En razón de lo expuesto, el tema de los enfermos mentales como personas sujetas a interdicción judicial e inimputables, es sumamente interesante, porque encontramos allí la noción del loco como un generador de riesgo, alguien a quien se debe cuidar y de quien

se deben cuidar los otros, pues pese a que no se puede culpar por sus acciones dada su incapacidad de decidir de acuerdo a ciertos estándares de normalidad, esto es precisamente lo que constituye un peligro.

Allí aparece entonces un asunto relevante desde una perspectiva de gubernamentalidad: la enfermedad mental como un objeto interesante de la estadística encausada a predecir el comportamiento de la población y así tomar medidas de prevención en materia de salud mental. Precisamente, la prevención es esencial en el dispositivo de seguridad, está ligado al castigo y la vigilancia, en tanto sus tecnologías consisten en la reactivación y transformación de técnicas jurídico legales y disciplinarias, planteando la relación entre el costo de represión de la locura y la minimización de riesgos en la seguridad de los ciudadanos normales y para el sujeto mismo. La nueva razón gubernamental debe arbitrar un juego entre libertad y seguridad alrededor de la noción de peligro. Esto trae una serie de consecuencias: no hay liberalismo sin cultura del peligro (afortunadamente para el liberalismo existe la estigmatización del loco como sujeto peligroso), la conjunción entre las disciplinas y el liberalismo, y la aparición de mecanismos para producir e incrementar las libertades.

El liberalismo en tanto fabricante de libertad conlleva algunos problemas de costo y la seguridad se configura como el principio de cálculo de costo, el liberalismo debe determinar hasta qué punto los intereses individuales no constituyen un peligro para el interés de todos, para lo cual la maquinaria legal se vale de mecanismos como la interdicción.

En la legislación colombiana, la capacidad se presume de todas las personas, pero existen sujetos, los cuales por circunstancias especiales como cuadros clínicos de los dementes, estarían por fuera de la órbita penal, toda vez que no tienen capacidad.

Aunque la capacidad se presume y debe probarse (ayudado el aparato judicial, por el dictamen de un psiquiatra y su saber experto), la interdicción como mecanismo de protección de los enfermos mentales quienes no distinguen “las dos orillas del río”, se da siempre bajo la etiqueta de “incapaz” del sujeto. Entonces, a los sujetos de interdicción, siendo inimputables, se le protege, se absuelve de culpa, a la vez que se le excluye dada su incapacidad comprobada por el saber del psiquiatra, y como mecanismo de disminución de riesgos, porque su propia personalidad representa un riesgo de criminalidad. El enfermo

mental criminal, “Es responsable ya que por su mera existencia es creador de riesgo, aunque no sea culpable, ya que no ha elegido con entera libertad el mal sobre el bien. La sanción, por tanto, no tendrá por objeto castigar a un sujeto de derecho que voluntariamente hubiera infringido la ley, su papel será disminuir en la medida de lo posible -ya sea por eliminación, por exclusión, por restricciones diversas o bien por medidas terapéuticas- el riesgo de criminalidad representado por el individuo en cuestión” (Foucault 1999b: 57)

En cuanto a la interdicción, es interesante el hecho de que los dementes o incapacitados mentales, como aparecen en términos legales en tanto sujetos de interdicción sean considerados como menores de edad y tengan los mismos derechos que los niños, niñas y adolescentes, y los que se consagran para personas con discapacidad física, de la tercera edad, desplazada o amenazada y demás población vulnerable, en cuanto la situación de quien sufre discapacidad mental sea asimilable.⁷ En este punto notamos la importancia de conocerse a sí mismo, no sólo para ser juzgado o condenado, sino para ser reconocido.

En relación a lo anterior, los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría RMUSP afirman:

En todas partes, los usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría no solo estamos discriminados por comunidades que nos ven como malditos o como poseedores de cerebros defectuosos; sino que también somos deliberadamente excluidos de la igual protección ante la ley. En muchos países se considera que carecemos de capacidad jurídica y somos tratados como muertos civiles; en otros países somos vulnerables, individualmente, a la privación de nuestra capacidad jurídica, cuando un juez nos cree incapaces de actuar a favor de nuestro propio mejor interés (RMUSP 14 de marzo de 2011:1).

Otra cuestión llamativa, es el hecho de que hasta hace poco tiempo, legalmente no existieran límites claros en términos de tiempo mínimo y máximo de internación en establecimientos psiquiátricos. Lo interesante de este hecho es por un lado, que la internación constituye una medida de seguridad, que implica por supuesto privación de la libertad; al no existir límites temporales para medidas detentivas aplicables a los

⁷ Ley 1306 de 2009, artículo 8

inimputables⁸ con trastorno mental permanente o con secuelas, podrían quedar por fuera de la prohibición de penas perpetuas en nuestro país, pudiendo ser su castigo superior al de un delincuente. Si bien ya se han fijado límites al respecto (máximo un año de reclusión preventiva por causas ligadas al comportamiento, y máximo dos meses por internamiento psiquiátrico de urgencia)⁹ las prórrogas, siempre a disposición de los médicos tratantes, pueden ser indefinidas. En cuanto a este asunto, la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría expresa:

Nuestros miembros son encarcelados en hospitales e instituciones médicas y en templos religiosos, coartando sus oportunidades de desarrollar una vida de su propia elección y perpetuando así la segregación que refuerza estereotipos negativos, derivando en más discriminación. Las prácticas médicas violentas tales como el electroshock forzoso, el dopaje forzoso, la reclusión y el confinamiento solitario continúan siendo realizadas, junto con violentas prácticas tradicionales/religiosas, en los propios hogares de las personas así como en las instituciones, causando un trauma que no es reconocido como tal en nuestras comunidades, dado que es hecho en nombre del tratamiento terapéutico. Muchas personas vivencian la locura o son etiquetadas como locos luego de ser traumatizados por actos graves de violencia y abuso u otros desastres; sus necesidades no son satisfechas y son exacerbadas por un sistema de salud mental basado en el etiquetado diagnóstico y la sujeción del cuerpo y la mente a intervenciones forzosas (RMUSP 2011:2).

En razón a lo expuesto, se podría interpretar que lo que le queda al “loco” es actuar pasivamente obedeciendo a médicos y enfermeros esperando así la salida que desafortunadamente puede postergarse indefinidamente, dado el saber experto del psiquiatra que le permite disponer de la vida del sujeto a partir del supuesto de peligrosidad que implica su personalidad, y es allí donde el discurso y el silencio del loco juegan un papel importante en la configuración de las relaciones de poder inherentes en el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental. Kriss Yates, escribe en un blog de (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría:

⁸ En el caso de los “dementes”, personas con trastorno mental permanente o trastorno mental con secuelas a quien no se le puede imputar un cargo o responsabilizarlo de una conducta penal, de un delito (Código penal, artículo 93)

⁹ Ley 1306 de 2009, artículo 21 y 23

Mientras estaba en el hospital, me drogaron mucho. Cuando el efecto de los medicamentos terminaba, me gustaba pelear y entonces ellos me drogaban un poco más. Esto siguió y siguió. Cuando no estuve realmente presente y "calmada", me dieron electroshock. Fue una de las experiencias más aterradoras que he tenido. Recuerdo que pensé "Bueno, realmente estás en grave peligro. Podrías perder tu vida. No tienes poder. Averigua lo que esta gente quiere tan rápido como sea posible y hazlo". Eso fue lo que hice. Fui cooperativa (2001).

Pese a los esfuerzos de movimientos de usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, y aunque en el papel las políticas sobre derechos de personas con discapacidad psicosocial, su posición ha ido mejorando, en la práctica siguen siendo sujetos en condiciones de inferioridad ante la ley. En cuanto a lo anterior la RMUSP afirma:

Que alguien determine que otra persona carece de habilidad para tomar decisiones equivale a negar la subjetividad humana de esa persona; tales juicios, de ser probados, se basan en la atribución de discapacidad psicosocial, intelectual o mental de otro tipo (como en el caso de la demencia). El apoyo debe ser prestado en toda la extensión de la necesidad de la persona, pero nunca debe tornarse coactivo; el apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica nunca puede subvertir la propia capacidad jurídica, que es el derecho de tomar las propias decisiones (RMUSP 2011:3).

Sin embargo, los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, han creado modelos para el manejo de crisis, momentos en los cuales la incertidumbre ante experiencias de locura podría ser un riesgo no tanto para los demás como para sí mismos, en el sentido que operan como un elemento de justificación de su internamiento en instituciones psiquiátricas, de sujeción al campo psiquiátrico y de pérdida de su capacidad jurídica.

Es allí donde surgen algunos interrogantes en cuanto a la forma como los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría manejan el riesgo inherente a las crisis, la forma en que las conciben y los efectos que producen en la forma en la que se relacionan consigo mismos.

2.2 Crisis y manejo del riesgo

En respuesta a medidas como la interdicción, consignada en la ley 1309 de 2009, la ONG FundaMental Colombia (única organización nacional miembro de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría), en compañía de AsDown Colombia y Making It Work, realizaron un análisis sobre las políticas existentes en Colombia relacionadas con la interdicción judicial de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, en el cuál establecen una crítica en cuanto a la forma como se catalogan los sujetos desde un enfoque médico asistencial, masificando todo el grupo y generando leyes absolutorias:

Las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, continúan siendo parte de una legislación que determina que jurídicamente, deben ser declaradas interdictos, considerarlos “incapaces” para tomar decisiones que tienen que ver con su vida, son además llamados “menores adultos” connotación que refuerza el estigma de niños eternos y los rige por ende, el código del menor. Esta legislación determina de esta forma, que todas las personas con “discapacidad mental” deben siempre depender de otros, que decidirán sobre los aspectos más importantes de su vida, como firmar un contrato de trabajo, casarse o decidir sobre su salud sexual y reproductiva, pero además con el único lente de los juristas, de anteponer aspectos como la protección del patrimonio, tema que en nuestro país no es de los más relevantes (Making it work, Asdown Colombia & Funda Mental 2010).

Las organizaciones mencionadas anteriormente, buscan la transformación de este paradigma médico asistencial a través de la divulgación de buenas prácticas como la “Toma de decisiones anticipada”, propuesta por la OMS y la Red de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría.

Las declaraciones de voluntad anticipadas son un recurso legal que se ha introducido para proteger el derecho de personas capaces de comprender y juzgar para elegir o rechazar tratamientos médicos. Permiten a potenciales pacientes documentar ciertas decisiones específicas y a nombrar representantes autorizados a tomar estas decisiones en su nombre. De esta manera, las declaraciones anticipadas aseguran que tengan el control sobre su tratamiento psiquiátrico aún en momentos en los que hayan perdido su capacidad de comprender y juzgar. De igual manera, el hecho de anticipadamente pensar en una posible intervención no psiquiátrica en caso de alguna crisis y en posibles factores desencadenantes de una crisis ha probado dar alas a las actividades de autoayuda (Lehmann 2013: 145).

Aparte de la cuestión legal de la interdicción y su relación con las crisis, otro asunto que llama la atención es el reconocimiento de las crisis por parte de (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, como situaciones coyunturales en las que experimentan cambios frente a su proceso de salud mental y que aparecen con regularidad asociadas a la noción de riesgo:

[...] Yo soy muy cuidadoso con esto, porque una crisis es una crisis y existe, yo no estoy diciendo no existen las crisis, y generan unas grandes conflictos. Entonces cuando uno toma la decisión de dejar los medicamentos psiquiátricos, ya sea por motivos de salud, por motivos de funcionalidad, ya sea por motivos de que yo quiero realmente sentir y vivir, entonces, bueno, ¿Cómo lo hago? asesorarse muy bien, buscar muy buen acompañamiento, pero no tomar la decisión solito de botar todas estas pastillas que estoy tomando hace 15 años, porque a la semana estará en una clínica en una crisis, esto es una cuestión de mucha responsabilidad, de mucha corresponsabilidad con uno mismo, porque se pueden disparar cualquier cantidad de factores, inclusive peor que el primer momento de una crisis (Gómez 11 de junio de 2015).

Ante esta noción de riesgo durante las crisis, los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría resaltan el papel de las decisiones anticipadas, que se trata de una estrategia en construcción que carece de algún tipo de “receta”, pero en la que destaca el conocimiento de sí como un elemento clave conducente a la autodeterminación.

A través del reconocimiento de las propias dificultades y de la identificación de los detonantes de las crisis, así como los indicios de que “algo no anda bien”, se busca tomar medidas que permitan que incluso durante los momentos de escape de la realidad, el sujeto pueda seguir ejerciendo decisiones sobre su propia vida:

Para nosotros en discapacidad psicosocial se habla mucho del tema de toma de decisiones anticipadas, porque no todo el tiempo estamos en crisis, yo ya conozco mi proceso y entonces: si yo tengo un perro entonces indico que me le den la comida tal día, quien paga el arriendo, quien va a manejar mientras yo salgo de la crisis, entonces yo entrego mis llaves etc. Hay una toma de decisiones no solo en el aspecto médico, ojo que eso es bien importante, en mi vida quién va tener las riendas, porque yo ya entregue mis llaves, porque quien va a manejar durante el proceso que yo salgo de la crisis, eso es bien clave (Gómez 11 de junio de 2015).

Además, los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría destacan la importancia del reconocimiento de las crisis como una experiencia que puede afectar a cualquier persona y por lo tanto no debe ser objeto de vergüenza, pues se requiere un alto grado de corresponsabilidad con el fin de evitar la imposición de medidas acerca de sus vidas. El objetivo principal del autoconocimiento es encontrar las estrategias que a cada sujeto le sirven para reducir el impacto temporal y funcional de las crisis y evitar que estas experiencias se conviertan en situaciones traumáticas:

Desafortunadamente cuando una persona entra en crisis (yo puedo decirlo por experiencia propia) por un mes que se está en crisis, se pierden 6 meses de vida, entonces el impacto que uno tiene en su diario vivir es muy grande, cuando perfectamente con un manejo de crisis muy adecuado, donde hay un buen acompañamiento, hayan buenas estrategias, ese impacto se va reducir en 15 días, que también lo puedo decir por experiencia propia.

Digamos que es una corresponsabilidad mutua, no solamente de las personas que están alrededor [...] también es un proceso que evoluciona y yo no puedo estar de necio, y eso sí es un mensaje directo a las personas que tienen "la película de la semana" y que pueden estar en crisis y dicen: no, yo no tengo nada. Por su puesto existen momentos de crisis y todos tenemos momentos de crisis. El tema es, ¿qué tanto esa crisis me hace perder mi funcionalidad?, ¿qué tanto esas crisis me aísla del mundo y no me deja ser ni estar en mi entorno? (Gómez 27 de junio de 2013)

Estas técnicas específicas de autoexamen y autodeterminación que serán abordadas más adelante, son un esbozo de la transformación de la cuestión de la enfermedad mental, a la experiencia positiva de la locura; lo cual nos revela de alguna manera el paso y la extensión del poder disciplinario en las instituciones al poder de regulación en todo el campo social, porque finalmente las prácticas creativas y particulares de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría apuntan al manejo de las crisis, que converge en una disminución del riesgo para los otros y para sí mismos.

2.3 Crisis de sentido:

Si bien las crisis de "locura" podrían describirse como episodios de desconexión con la realidad e incapacidad de abordar las distintas situaciones de la misma; las crisis de

“sentido” podrían caracterizarse por una profunda conexión con la propia realidad del sujeto que se traduce en la angustia ante la pérdida de control: sobre lo que es real y sobre la forma en la que se ha construido a sí mismo.

Mientras algunos consideran que la angustia en la sociedad contemporánea podría manifestarse en un sinfín de síntomas agrupados en enfermedades mentales que responde a una serie de patologías no sólo biológicas sino sociales; para otros la angustia es más bien una consecuencia del darse cuenta que la sociedad los ha constituido a sí mismos como sujetos enfermos e indeseables, de ser conscientes que han perdido el control en la producción de su propia subjetividad.

La crisis de sentido en el caso de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría es una respuesta a una relación de poder que está fallando, los psiquiatras les ofrecen un saber que ya no sirve, por lo que el margen de acción se va abriendo y el saber del usuario deja de ser un mero objeto de análisis del psiquiatra para convertirse en práctica. Tal como afirma Deleuze:

Estamos en una crisis generalizada de todos los lugares de encierro: prisión, hospital, fábrica, escuela, familia. La familia es un "interior" en crisis como todos los interiores, escolares, profesionales, etc. Los ministros competentes no han dejado de anunciar reformas supuestamente necesarias. Reformar la escuela, reformar la industria, el hospital, el ejército, la prisión: pero todos saben que estas instituciones están terminadas, a más o menos corto plazo. Sólo se trata de administrar su agonía y de ocupar a la gente hasta la instalación de las nuevas fuerzas que están golpeando la puerta. Son las sociedades de control las que están reemplazando a las sociedades disciplinarias. (2000: 1)

El saber del psiquiatra y sus instituciones de encierro, se hunden debido a su falta de movilidad ante contingencias, por lo que surge la insatisfacción de los usuarios y sobrevivientes respecto a su estado de sujeción al campo psiquiátrico:

Hoy, ahora que ya no tomo drogas psiquiátricas, mi existencia se ve ensombrecida una vez más por la ansiedad. En otras palabras, sacrifiqué 21 valiosos años de mi vida esperando inútilmente por una mejora o una cura. Me encuentro como al comienzo una vez más y tengo que encontrar una nueva forma de tratamiento... reconocer mi sufrimiento y convertirme en mi propio terapeuta, ayudarme a mí mismo, porque nadie más lo hará (Gölden citado por Lehmann & Stastny 2009: 41).

Después de unas semanas de tratamiento médico en una clínica psiquiátrica, mi euforia inicial se convirtió en su opuesto exacto: apatía y un fuerte complejo de inferioridad, lo que llevó a pensamientos de suicidio. Desde hace tres años me dieron medicamentos psiquiátricos que me mantiene en un estado bastante moderado. De vez en cuando, para sentirme un poco más "vivo", empecé a consumir drogas recreativas (hachís, LSD). Las cosas iban bien hasta que una sobredosis de tabletas de Romilar volvió a despertar en mí una psicosis que fue aún más intensa que la primera de ellas: escuchar voces, sentimientos de omnipotencia, así como una evidente falta de moderación en situaciones sociales. Esta vez, mi psicosis me llevó a una internación involuntaria a una clínica psiquiátrica (diagnóstico: esquizofrenia). La depresión después de mi liberación de la clínica fue tan poderosa que después de unas semanas intenté suicidarme con una sobredosis de los neurolépticos me habían prescritos (Leponex). Después de los tratamientos fallidos repetidos, mi confianza en la medicina tradicional, especialmente la psiquiatría, comenzó a escasear, y me decidí encontrar mi propio camino hacia la recuperación (Hausater citado por Lehmann & Stastny 2009: 53).

Los puntos de ruptura en la historia de vida de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría respecto a los ordenamientos sociales que les han impuesto la identidad de sujetos enfermos, se evidencian en tres momentos: cuando interiorizaron la etiqueta de locura, cuando se perciben a sí mismos como seres humanos que fueron catalogados como sujetos desviados, y cuando dejan de ser pacientes para ser usuarios y sobrevivientes:

He pasado unos diez años de mi vida dentro y fuera de los hospitales psiquiátricos. He estado fuera durante dos años, y creo firmemente que el hospital me hizo más daño que bien.

Cuando fui etiquetada por primera vez con esquizofrenia crónica, me sentí abajo, abajo, y una vez más hacia abajo. La peor parte de estar en el hospital fue probablemente la medicación forzada. Dos o tres veces al día el personal del hospital venía con la aguja a darme golpes de drogas fuertes.

Las drogas eran tan fuertes que me mordía los labios y caía al suelo. Las drogas forzadas causaron en mí tener convulsiones terribles. Cuando me quejaba, el médico me decía que yo estaba mintiendo, que no tenía convulsiones y no haría nada para ayudarme. Me sentí tan impotente.

Una de las cosas tristes es decir, que no podrían haber hecho lo que me hicieron sin la aprobación del Estado. Ellos tenían que obtener la aprobación de un juez para obligarme a ponerme esas drogas (Braun 2002).

En sus narraciones, con frecuencia se refieren a su experiencia negativa con la psiquiatría y la concientización de la pérdida de control sobre sus vidas como punto de quiebre de su representación como sujetos enfermos:

Dejé mis tabletas de venlafaxina en una papelera en Amman, Jordania. Me las habían prescrito después de un episodio grave de autoagresión seis meses antes y sustituyeron la medicación que había estado tomando previamente. Durante mis seis meses en la venlafaxina, me había vuelto irreconocible para mí mismo y para los que me rodean. Mi amiga y ex-compañera, alguien que me había conocido durante 12 años, dijo que mis respuestas emocionales eran completamente ajenas, lo que le molestó profundamente. Tratar de trabajar era casi imposible. Me sentía como si llevara un casco de motocicleta, cuya visera estaba cubierta de sangre. Cada día tuve que quitar la sangre para ver a dónde iba. Y aunque no siempre podía ver a dónde iba, me sentía abrumado con pensamientos de suicidio y saber que podría quitarme la vida era, a veces, mi único consuelo (Carr citada por Lehmann & Stastny 2009: 51).

“Entras al mundo de la salud mental y ves tantas vulneraciones en derechos. No sé si sabes cómo es el mundo en un internado, como es una clínica, cómo te sobremedican, cómo abusan de uno, cómo te levantan a las cinco de la mañana y te bañan con una manguera de agua fría y un montón de condiciones que son indignas realmente; pero cuando tú vas a denunciar: ¡usted está loco! usted no puede denunciar y siendo muy coherente con el proceso entonces por ahí creo que por ahí va la lucha y por ahí nace FundaMental, porque yo vi como violaban a una paciente y yo supermedicado, eso que no puedes abrir los ojos bien...y cuando yo denuncié me dijeron: usted está alucinando, y no, todo eso fue real, pero entonces todos se taparon con todo, y yo dije: toca hacer algo para que esto no siga pasando; y eso que yo tuve varias hospitalizaciones pasé por clínicas bien, adecuadas, que digamos uno dice no son tan graves, pero imagínate lo que hacen en los pueblos, la gente donde no tiene el acceso real, hacen y deshacen o los desaparecen, entonces esa es la esencia de FundaMental: cómo puedes cambiar eso al menos un poco” (Salam Gómez, comunicación personal 5 de agosto de 2015).

La experiencia de haber consumido medicamentos psiquiátricos, es uno de los asuntos a los que frecuentemente aluden los ex usuarios de la psiquiatría, pues representa una anulación no de un síntoma como pretende la psiquiatría, sino de la forma como sienten el

mundo a su alrededor; aparece entonces como una destrucción del sujeto más que un remedio a su locura:

Yo experimenté los neurolépticos forzados como una tortura. Cuanto más trataba de pensar, más difícil era pensar. Cuanto más trataba de mover mi cuerpo, más difícil era mover mi cuerpo. Yo podría entender que alguna persona abrumada eligiera tomarlos. Pero para mí, era como echar una bola de demolición a la catedral de pensamientos, sentimientos y experiencias que me definían en ese momento. Fue increíblemente intrusivo. Podía sentir cómo afectó a la química de mi visión, mis movimientos, mis pensamientos. Tuve terribles paroxismos de mis músculos. Me familiaricé con la lista de peligros. Definitivamente no quería este producto químico en mí (Oaks 2001).

En determinado momento de crisis, el consumo pudo hacer creer a las personas en las bondades de medicamentos capaces de hacerlos más felices; la ruptura se genera no sólo ante los efectos secundarios de los mismos, sino al darse cuenta que la aparición de fármacos especializados constituye un elemento que moviliza el capital de grandes industrias farmacéuticas, además de la apertura de hospitales psiquiátricos que ofrecen atención especializada a los enfermos mentales, lo cual permite a la familia o el estado pasar la carga del tratamiento del paciente a determinada institución a cambio de cierta cantidad de dinero, aunque finalmente se le adjudique al paciente la responsabilidad de su propia cura. En relación a esto Oryx Cohen consigna lo siguiente en un blog de (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría:

Yo estuve en el pabellón psiquiátrico durante seis días, pero lo sentí como un mes. Esperaban que yo tomara medicamentos psiquiátricos, aunque cuatro años de estudio de psicología como estudiante habían inculcado un miedo de sus efectos secundarios perjudiciales en lo profundo de mí. Yo estaba aterrorizado de los medicamentos: yo sabía todo acerca de disquinesia tardía, y la idea de que mis músculos faciales tuvieran espasmos involuntariamente me perseguía.

Pero después de un rato, me di cuenta de que mis preocupaciones no serían escuchadas. "Es hora de tomar sus medicinas!" Pronto, yo fui parte de las dos rondas al día para recibir mis dosis de Risperdal, un potente neuroléptico, y Depakote, un "estabilizador del ánimo." Nadie estaba excusado de la redada. Un día, me di cuenta de un reloj bastante inocente detrás de la enfermera de turno. En grandes letras que había escrito a través de ella:

"RISPERDAL." Fue entonces cuando realmente me di cuenta de la extensión de dominio de las compañías farmacéuticas (Cohen 2001).

En este poder aparentemente totalizante de la industria farmacéutica y la psiquiatría, los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, pese a estar inscritos en un campo de relaciones de fuerza del cual no pueden escapar, encontraron ciertas líneas de fuga: aparte de las vías legales a través las que muchos lograron probar su capacidad y salir del encierro, otros aparentaron adaptarse a su situación y comportarse de acuerdo a lo que se le muestra como normal según la racionalidad del psiquiatra para así liberarse de las disciplinas, o atendiendo a la existencia de libertades subjetivas, ciertamente la mayoría eligieron la libertad de abandonar la realidad de los otros y vivir la que les resulta más soportable. Lo expuesto, se ejemplifica perfectamente en la concepción que el Proyecto Ícaro miembro de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría acerca de la locura:

Nosotros nos definimos por afuera de estas convenciones y vemos nuestra condición como un regalo peligroso que debe ser cultivado y cuidado, y no como una enfermedad o trastorno que necesita ser "curada" o " eliminada". Con esta bendición de doble filo tenemos la capacidad de volar a lugares de gran visión y creatividad, pero como el mítico Ícaro, también tenemos la posibilidad de volar peligrosamente cerca del sol " en los reinos de la ilusión y la psicosis" estrellarnos en una llamarada de fuego y confusión. A pesar de los riesgos, reconocemos los hilos entrelazados de la locura y la creatividad como herramientas de inspiración y esperanza en esta sociedad reprimida y dañada. Entendemos que somos miembros de un grupo que ha sido mal entendido y perseguido a lo largo de la historia, pero que también ha sido responsable de algunos de sus creaciones más brillantes (Proyecto Ícaro 20 de marzo de 2015).

Las crisis de sentido de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, no tienen que ver únicamente con la crisis de las instituciones de encierro, más bien éstas se han visto afectadas, y también han generado prácticas cotidianas y creativas de sujetos que escapan a la maquinaria de producción de subjetividades que constituyen sujetos dóciles y excluidos; sujetos cuyo discurso constituye en sí mismo una conducta como lo vimos en el anterior fragmento. Atendiendo a la gran diversidad de prácticas de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría que ofrecen una multiplicidad de opciones que son distintas para cada persona, se divisa el fracaso del tratamiento psiquiátrico para la solución de los problemas de los sujetos locos (que para cada síntoma procura un medicamento) pues las

acciones de los usuarios y sobrevivientes son en extremo menos previsibles que las de los pacientes, lo cual las hace menos controlables. De esta manera, las crisis de los sujetos generan mayor incertidumbre pues abren un abanico de oportunidades para la resolución de dificultades que antes eran catalogadas como locura y tendían a la anulación del sujeto, y ahora permiten la escogencia de prácticas que no funcionan para todos y que deben estar adecuadas a sí mismos, obligando a una continua reconstrucción del sujeto:

La locura, antes de llegar a la Psiquiatría, era siempre interesante, debido a sus fuertes emociones y pensamientos interesantes. Por otra parte, también hubo cosas terribles y espantosas que pasaron por mi mente. Pero aun así, yo estaba muy vivo con mis sentimientos acerca de la vida y eso fue muy positivo. Veo una crisis, una crisis de la vida, como una situación en la que alguien reorganiza su vida, cuando algo en sus vidas se vuelve difícil y la solución puede no ser evidente. Y en el transcurso de esto algunas personas se vuelven locas y terminan en la psiquiatría. Pero también se puede ver de manera positiva. Hay un nuevo comienzo después de cada crisis. Sólo depende de lo que hagas con ella. (Anne....)

Las crisis e inseguridad nos han plagado a todos nosotros en diferentes momentos de nuestras vidas. Una respuesta natural es querer escapar de la agitación y angustia, y volver a tierra firme tan rápido como sea posible. Sin embargo, cuando podemos permanecer abiertos al sufrimiento, y no cerrados o adormecidos, tiempos difíciles pueden convertirse en oportunidades para la transformación profunda. "Uno puede llegar a cuestionar el sentido de la vida personal como se ha sentido o pensado antes y dudar de la validez de las narrativas auto- inventadas en el pasado. Como las imágenes de auto-satisfacción se rompen, las personas se encuentran varadas en una niebla de confusión e incertidumbre. Uno habla en voz baja luego de una "pérdida del alma". Paradójicamente, sin embargo, es en estos tiempos difíciles de crisis que los nuevos desarrollos psicológicos se vuelven más posibles. En los momentos felices y fáciles, hay menos probabilidad de buscar verdades más profundas. Las crisis cambian esto y pueden ser la fuerza motivadora para la consecución de una mayor conciencia de sí mismo" (Stein citado por Kerr 2015).

Los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, lejos de ver sus estados "extremos" como crisis de locura, ven las situaciones difíciles como fases de fragmentación del sujeto que forjan profundas dudas en cuanto a la forma como los perciben los otros y como se han constituido a sí mismos, generando caos interior que traducen como una oportunidad de descubrimiento, auto transformación e incluso de crecimiento espiritual.

3. Los fines de las prácticas de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría y su sentido

En los capítulos anteriores, se analizó la forma como individuos calificados como anormales debido a un diagnóstico de enfermedad mental, transforman su relación con la locura y se constituyen como usuarios o sobrevivientes, a partir de la insatisfacción respecto a su estado de sujeción al campo psiquiátrico; igualmente se analizaron los conceptos centrales puestos en juego por estos usuarios o sobrevivientes en sus discursos sobre la psiquiatría y las prácticas alternativas que llevan a cabo. Este capítulo se centra en los fines o esperanzas de los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría en torno a las prácticas promovidas por las organizaciones e individuos adscritos a ésta.

Si bien ningún (ex -)usuario y sobreviviente a la psiquiatría es un amante de la psiquiatría, no puede pasarse por alto que algunos de ellos encuentran apoyo en diversos aspectos de la psiquiatría, mientras otros la rechazan con determinación; pese a las diferencias en cuanto a la percepción del modelo médico-psiquiátrico y sus tratamientos, existen grandes similitudes respecto a las experiencias de estigmatización y opresión con el sistema psiquiátrico y la sociedad en general, aunque estas se tornen de forma distinta en muchas partes del mundo. Los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría han experimentado en carne propia los efectos de los métodos de tratamiento de la psiquiatría y la mayoría ha evidenciado el fracaso de esta rama de la medicina con la que intentaron “curarlos”, sin embargo la Red es tan grande que sus puntos de vista respecto a las prácticas que les son funcionales son disímiles.

Formar un movimiento internacional parecía, primero, un proyecto imposible, no solo debido a los obstáculos económicos y geográficos, sino también debido a la gran variedad de

opiniones acerca de la psiquiatría y sus métodos entre (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría. Sin embargo, resultó que estas diferencias en realidad no eran tan grandes. Al contrario, fue increíble darse cuenta que nuestras experiencias de psiquiatría y nuestras opiniones eran raramente similares no solo en distintos países occidentales, sino en antiguos países estalinistas de Europa del Este, como también en los llamados países en desarrollo en países en África, Asia y Latinoamérica. Fue especialmente fácil reunirlos alrededor de una perspectiva de derechos humanos y civiles (Lehmann & Stastny 2009: 310).

A pesar de la gran diversidad de discursos y actitudes respecto a la psiquiatría, a partir de la primera conferencia de la Red Europea de Usuarios y Ex Usuarios en Salud Mental en 1991, en la que participaron 16 países europeos, existen unas posiciones comunes de todos los miembros que continúan vigentes hoy, que podrían resumirse en las siguientes: permitir el flujo de la locura en la vida cotidiana, la reducción del daño en los servicios de la psiquiatría y la psicología y la reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

3.1 Permitir el flujo de la locura en la vida cotidiana

Algunos (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría defienden su posición frente a la vida y sus estados extremos como un derecho a vivir una realidad distinta a la de aquellos que comúnmente se denominan normales; otros, incluso califican su locura como un motivo de orgullo y esto les permite revertir la etiqueta del loco como alguien incapaz e indeseable, y generar representaciones positivas de la locura. Un ejemplo de esto es el Proyecto Ícaro que hace parte de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría y que a través de estrategias artísticas presenta las vivencias que generalmente son asociadas a estados de locura, como posibilidades para explorar la sensibilidad y creatividad de las personas:

El Proyecto Ícaro es un lugar para personas que desean explorar la salud mental fuera de la corriente principal, en donde pueden conectar y construir una red de apoyo alternativo. Esperamos aprender de nuestros errores y de nuestras victorias, nuestras historias, el arte, con el fin de crear una nueva cultura y un lenguaje que resuena con nuestras experiencias

reales de estos "desórdenes" en lugar de tratar de encajar nuestras vidas en el marco reduccionista que ofrece el actual paradigma dominante de salud mental. Nos gustaría que en este proyecto las personas se encuentren y se sientan menos alienadas, y que podamos "como individuos y como comunidad " aprovechar el verdadero potencial que se encuentra entre la brillantez y la locura (Proyecto Ícaro s.f: párr. 3).

Al respecto, comparte su opinión Dorothea S. Buck-Z, una artista alemana de 97 años quién fue víctima de esterilización forzada a manos de los nazis debido a un diagnóstico de esquizofrenia y co-fundadora de la Asociación Federal de (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría en Alemania:

Desearía que los pacientes pudiesen presentar -desde el principio- sus experiencias perturbadoras en sesiones de grupo, que pudiesen hablar de ellas, escribir sobre ellas, pintar y dibujar sobre ellas. Desearía que fueran tomadas en serio sus experiencias, sin necesidad de temer a las intervenciones psiquiátricas no deseadas. Durante este proceso, sería muy valioso contar con el apoyo de las personas que han experimentado psicosis por sí mismos y la han vencido, que han entendido su significado para sus vidas, y han sido capaces de integrar estas experiencias en su vida normal (Buck-Z citada por Lehmann & Stastny 2009: 28).

Dentro de los fines de los miembros de la Red, resulta muy llamativo el contenido de Intervoice, una red internacional para la formación profesional, educación e investigación en escuchadores de voces que busca mostrar que el problema no es oír voces sino la incapacidad de hacer frente a esta experiencia, demostrar la amplia variedad de experiencias de escuchar voces, sus orígenes y los enfoques no médicos de la gente para hacerles frente y educar sobre el significado de las voces a fin de reducir la ignorancia y la ansiedad para garantizar que este enfoque innovador sobre escuchadores de voces sea más conocido por quienes escuchan voces las familias, los profesionales y el público en general. (Intervoice s.f: párr. 2). Sus creadores Marius Romme y Sandra Escher afirman:

El supuesto básico de Intervoice es que aceptar y dar sentido a las voces es la alternativa más útil para recuperarse de la angustia asociada con escuchar voces [...] Personas que escuchaban voces y se convirtieron en pacientes psiquiátricos mostraron una relación distinta con sus voces que las personas que escuchaban voces y no se convirtieron en enfermos y pacientes y psiquiátricos. Ellos fueron capaces de conectar voces con problemas que ellos habían encontrado en sus vidas y pudieron usar sus voces en su

beneficio, en otras palabras, ellos fueron ayudados por ellos. En contraste, los pacientes psiquiátricos se sintieron abrumados y amenazados por sus voces. Los pacientes que escuchan voces, cuando comienzan a escucharlas generalmente no ven ninguna relación con lo que les ha pasado. Aceptar significa darse cuenta que la experiencia de escuchar voces es real y darle sentido sugiere que las voces no son algo loco, sino que tienen un propósito de aprendizaje para hacerle frente a problemas de la vida (Romme & Escher citados por Lehmann & Stastny 2009: 119).

En una línea similar a Intervoice está Soteria, que no se trata de una organización sino más bien de un modo alternativo de apoyo institucionalizado para personas con experiencias comúnmente llamadas psicóticas. Soteria comenzó como un experimento en 1971 del psiquiatra estadounidense Loren Mosher quien fue alumno de Ronald Laing- psiquiatra inglés y uno de los pioneros de la antipsiquiatría en los años sesenta -en el que recurrían al apoyo de no-profesionales para el tratamiento de personas con esquizofrenia -desde entonces han sido replicados 12 proyectos similares alrededor del mundo, principalmente en Europa. Soteria se asemeja a Intervoice porque se alejan de modelo médico de enfermedad y las conductas son consideradas como estados extremos y comprensibles de características humanas fundamentales y como expresiones de crisis de vida. El objetivo fundamental de soteria es crear una red de apoyo para proporcionar acompañamiento a personas que atraviesan por dichos estados extremos: “De hecho, la función de los acompañantes no era tratar o curar a los afectados sino *estar ahí para ellos*” (Lehmann 2013: 140)

Por otra parte, para Alfred Haussother, un activista alemán de 61 años, ex – usuario y sobreviviente a la psiquiatría, Ph. D. en psicología clínica, quien durante 9 años de su vida sobrevivió a episodios severos de psicosis, fue fundamental en el proceso de recuperación de su vida el dejar los medicamentos psiquiátricos para así permitir que sus estados extremos tuviesen la posibilidad de manifestarse sin que esto le trajera consecuencias en la forma como se relacionaba con los demás:

Me decidí a atravesar esta crisis totalmente sin drogas psiquiátricas. Por suerte, un descanso de un semestre en mis estudios me dio el espacio personal adecuado para que mis diversas ideas delirantes salieran relativamente sin restricciones, sin llamar la atención excesiva en público. Mis fases agitadas, suprimidas antes con píldoras, se expresan ahora

a través de salidas artísticas como la escritura, el dibujo y la música (Hausotter citado por Lehmann & Stastny 2009:54).

Otro asunto importante que interesa a los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría en relación a permitir el flujo de locura en la vida cotidiana, tiene que ver no sólo con la supresión de medicamentos psiquiátricos para posibilitar la manifestación de sus ideas y sentimientos, sino que también concierne a la redefinición de lo “normal” como estrategia para viabilizar la salida de lo que pueden ser considerados como estados “extremos”. Andy Smith, un sobreviviente a la psiquiatría y ex usuario de sus servicios, nacido en el sur de Inglaterra, considera que la locura es una experiencia personal, única e individual y por lo tanto su tratamiento debería ser igual, y afirma que la medicación psiquiátrica solo suprime la manifestación de la locura lo cual se configura como un problema en tanto no proporciona ninguna solución real y por el contrario puede aumentar la angustia que puede significar aparentar normalidad:

Tras los años, mi objetivo ha cambiado. La tarea hercúlea de parecer "normal" en el pasado había sido suficiente para volverme loco por esa sola razón. La mayoría de los tratamientos funcionan en los supuestos de que somos gente normal defectuosa. Como resultado los tratamientos se centran en los extremos irrelevantes. En el pasado, estuve drogado hasta que mi locura no se manifestaba, pero mi locura todavía estaba allí, sólo oculta por las drogas psiquiátricas. También negué que estuviera teniendo experiencias etiquetadas de locura cuando no quería ningún aumento adicional en las drogas psiquiátricas. No hacía ninguna manifestación de mi angustia interna, porque no mostraba ninguna evidencia de la vida interna en absoluto. Esto no es lo mismo que la ausencia de locura; sin embargo, fue el indicador mediante el cual se midió el éxito del tratamiento (Smith citado por Lehmann & Stastny 2009: 49)

Otro sobreviviente a la psiquiatría que comparte la idea de repensar la “normalidad” es Will Hall, un estadounidense de 49 años, co-fundador de The Freedom Center y coordinador durante cinco años de Icarus Project, conformado por organizaciones que hacen parte de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría. Hall apoya a otros sobrevivientes de diagnósticos y tratamientos, sus familias y grupos, para encontrar nuevas maneras de entender y vivir con estados alterados, realidades diferentes, voces, paranoia, manía y experiencias psicóticas.

¿Cuál es la definición de “normal”? Una nueva investigación apoya el principio de reducción del daño que sostiene que no siempre es mejor simplemente deshacerse de todo lo que es considera un “síntoma”. La locura no debe ser consentida o romantizada, pero ten en cuenta lo siguiente: mucha gente oye voces, por ejemplo, y aprender a vivir con ellas, los sentimientos suicidas son más comunes de lo que pensamos y pueden ser parte de una necesidad de cambio, y la depresión puede ser parte del proceso creativo. A veces la paranoia es un mensaje sobre el abuso o relata sensibilidad a la comunicación no verbal, auto-lastimarse es a menudo una forma útil para lidiar con un trauma abrumador, sentir que el universo te está enviando señales y hablando contigo es una creencia compartida por muchas religiones del mundo y los estados maníacos pueden proporcionar un escape de circunstancias imposibles y puede contener verdades espirituales profundas. Incluso enamorarse a menudo se siente como que nos estamos volviendo locos.

Estas experiencias son inusuales y misteriosos, pero en lugar de reprimirlas con fármacos potentes, ¿Podrían ser incluidas como parte de la diversidad mental de la humanidad? ¿Podría valer la pena explorarlas para descubrir su significado y propósito? ¿Podrían ser como otros desafíos humanos en la vida, ofreciendo oportunidades para crecer y transformarnos? (Hall 2012: 52).

En ese sentido, permitir el flujo de locura en la vida cotidiana implica una invitación a repensar lo que es normal, y posibilitar a las personas tener manifestaciones sobre su sufrimiento emocional y sus realidades diversas, sin que por ello se conviertan en presas de tratamientos psiquiátricos que carecen de una definición clara en cuanto a los límites de las prácticas de las que son objeto los pacientes. Lo anterior, está en estrecha relación con otras áreas de interés de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría: la reducción del daño en los servicios de la psiquiatría y la psicología y la reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

3.2 La reducción del daño en los servicios de la psiquiatría

Para muchos (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, la forma de evitar el daño en los servicios de la psiquiatría es no haciendo uso de los mismos, lo cual resulta comprensible teniendo en cuenta las experiencias negativas que refieren en su paso por instituciones psiquiátricas y en lo relacionado con la medicación psiquiátrica. La sobreviviente a la psiquiatría Jody Harmon expresa lo siguiente al respecto “El simple hecho de distanciarme del sistema psiquiátrico me ha ayudado inmensamente porque nunca me trataron con algún tipo de respeto. Sólo querían hacerme callar con las drogas” (Harmon 2001: párr.18). Andy Smith comparte la opinión de Harmon cuando manifiesta:

Hace veintiún años me aparté de un hospital mental y no he tomado ninguno de los llamados antipsicóticos desde entonces. Tuvieron que pasar seis años a partir de mi ruptura para poder imponerme sobre el tratamiento. Mantenerme seguro o lejos de los psiquiatras, se trata de la misma cosa, era vital para llegar a ese punto (Smith citado por Lehmann & Stastny 2009: 48).

Peter Lehman asegura que el paradigma de atención de la corriente principal de la psiquiatría ha fallado, y en lugar de ser un método que ayude a recuperarse a las personas que luchan contra angustias mentales de algún tipo, ha demostrado ser un enfoque que incrementa la probabilidad que tales personas se conviertan en enfermos crónicos. (2009:11) De allí que la mayoría de miembros de la red que recurrieron a tratamientos convencionales de la psiquiatría, sientan frustración en cuanto a los años que perdieron buscando una solución a sus dificultades emocionales y lejos de obtener una respuesta a estas dificultades, fueron víctimas de tratamientos forzados.

De hecho, la lucha contra el tratamiento forzoso es uno de los principales pilares de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, quienes emitieron un comunicado sobre las implicancias en relación con tratamiento forzoso: la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo, que fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York y que Colombia ratificó en 2011 sumándose a otros 98 estados. La RMUSP aportó en la negociación y redacción de dicha convención y desde la finalización de la negociación ha venido contribuyendo en la implementación y monitoreo internacional. Respecto al tratamiento forzado afirman:

RMUSP interpreta que la CDPD prohíbe necesariamente el tratamiento forzoso y la detención psiquiátrica. La CDPD nos garantiza la atención de la salud basada en el

consentimiento libre e informado, en pie de igualdad con los demás, y es bien sabido que un corolario del derecho al consentimiento libre e informado es el derecho a rechazar un tratamiento.

El derecho a controlar nuestros propios cuerpos es un aspecto del derecho al respeto de la integridad física y mental (relacionado con la dignidad inherente del ser humano), así como un aspecto del derecho a la salud, y ambos derechos están garantizados en pie de igualdad con los demás por la CDPD (RMUSP 2011:2).

La RMUSP considera los tratamientos psiquiátricos coercitivos y las intervenciones involuntarias como una violación a los derechos humanos, pues suponen una privación de libertad arbitraria y un trato degradante, las alternativas propuestas desde la red no solo abarcan el campo jurídico sino que están orientadas a que los usuarios y sobrevivientes recobren poder sobre sus propias vidas, por lo cual hacen especial énfasis en la promoción de la autodeterminación. En la Declaración de la Asamblea General de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría, de Kampala-Uganda, presentan algunas reflexiones relacionadas con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de las ONU y específicamente en cuanto a la autodeterminación afirman lo siguiente:

Queremos lograr que todas las personas incluyendo aquellos con dificultades y/o discapacidades psicosociales, tengan el derecho de decidir sobre y por si mismos en todos los aspectos de la vida, y vivir la vida a la manera de su propia preferencia y tengan el derecho de autodefinir su bienestar. Respetaremos las elecciones de todas las personas, crearemos apoyo para ayudar a una persona para tomar sus propias decisiones, y no permitiremos a otros el tomarlas en su nombre o en nombre de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría (RMUSP 2009: párr. 3).

Lo anterior es muy importante no sólo para aquellos que deciden mantenerse alejados de la psiquiatría y trabajan en la abolición del tratamiento forzado, sino para aquellos que continúan siendo usuarios de los servicios de la psiquiatría pero buscan tener mayor influencia en su propio tratamiento. En relación a esto la RMUSP afirma:

Queremos lograr que todas las formas de cuidado, tratamiento e intervenciones para usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría solamente se realicen después de que el usuario/sobreviviente decida libremente, después de haberle brindado plena información

sobre la naturaleza, riesgos y efectos del tratamiento. Abogaremos la libertad de elección incluyendo el derecho de negarnos a un tratamiento, y crearemos apoyos para capacitar usuarios y sobrevivientes en la toma de decisiones personales (RMUSP 2009: párr. 15).

La autodeterminación se configura como una de las estrategias fundamentales de los (ex -) usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, porque no solo ayuda a disminuir el daño de las intervenciones de la psiquiatría, sino que abre las puertas a todos los derechos por los cuales lucha la RMUSP, pues les permite ganar autoconfianza para definir su propia realidad en los términos en los que deseen, elegir los tratamientos que consideran que se adecuan más a dicha realidad, e incluso si deciden recurrir a profesionales de la psiquiatría o la psicología, pueden refutar el diagnóstico del profesional, obtener información acerca de los posibles riesgos de los tratamientos, como los efectos secundarios de la medicación, y de esta manera pueden decidir si desean o no tomar medicamentos psiquiátricos y suspenderlos en cuanto consideren que cuentan con otras herramientas para hacer frente a sus experiencias diversas o sus estados extremos.

3.3 La reivindicación de los derechos de personas con discapacidad psicosocial

En las narraciones de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría es habitual que se refieran a experiencias negativas con la psiquiatría como un impulso para luchar por la reivindicación de los derechos de personas con discapacidad psicosocial, la mayoría de ellos considera que con la socialización de sus historias de vida aportan a la transformación social, porque precisamente el sistema de salud y de justicia al que estuvieron próximos, y que supone protección para la los ciudadanos, en el caso de los pacientes incurrió en muchos casos en un avasallamiento a sus derechos.

En relación a lo anterior, relatos como el del sobreviviente a la psiquiatría Andy Smith, aparecen con frecuencia:

Perdí mi trabajo en el servicio de salud mental como resultado de una hospitalización forzada. Y así llegué a replantear mi experiencia de la locura. Me rodeé de gente con experiencias similares, y celebramos nuestras diferencias juntas. Me enojé por la injusticia, la exclusión y la humillación de mi comunidad. Me convertí en un activista (salud mental) político, y trabajé a nivel local, nacional e internacional. Creo que soy el experto en mi propio bienestar. En esta era de medir resultados basados en la evidencia, estoy convencido de que soy la evidencia de lo que funciona para mí (Smith citado por Lehmann & Stastny 2009: 46).

Esperanza Ponte, quien hace parte de la RMUSP, refiere en un blog de la Asociación de usuarios y sobrevivientes de salud mental en Argentina:

Las personas que nos identificamos en ser sobrevivientes de la psiquiatría somos personas de todo el mundo y tan diversas como lo son todas las personas y en nuestras diferencias que son imposibles de enumerar encontramos algo común que es el poder decir que determinadas prácticas son inhumanas, crueles, que han sido calificadas como tortura, trato degradante para la condición del ser humano.

Nos proponemos hacer por acceder al ejercicio de los derechos humanos de todas las personas con padecimiento mental que se ven sujetas a tratamientos inhumanos contando para ello con los recursos que el derecho internacional provee y la CDPD en particular. Es de esta manera que integrantes de esta red trabajan en Naciones Unidas para colaborar al bienestar de todos (Ponte 2010: párr. 15).

De forma análoga, Victoria Molta, una sobreviviente a la psiquiatría estadounidense de 54 años, etiquetada con un desorden psicoafectivo, refiere en el portal de MindFreedom International:

Ahora soy proactiva en mi recuperación. Me conozco. Tengo un sistema de apoyo de familiares y amigos. He seguido mis pasiones a través de la escritura y la publicación de mi historia, he trabajado como consejera y operadora de una línea que sirve para inspirar esperanza para otros que luchan con la enfermedad mental. He hablado con legisladores estatales para promover la aprobación de leyes para proteger a los enfermos mentales. He asistido a conferencias y servido en los comités de salud mental. He leído mis poemas en un programa de radio de la salud mental (Molta 2001: párr. 21).

Los miembros de la RMUSP no solo luchan por la abolición del tratamiento forzado que incluye medicación y reclusión sin consentimiento basados en un diagnóstico o discapacidad psicosocial porque atenta contra la libertad de las personas, también combaten la discriminación en la sociedad hacia personas que han pasado por el sistema psiquiátrico:

Queremos lograr que los usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría no sean excluidos, dañados o discriminados sistemáticamente, incluyendo en esto, métodos psiquiátricos tales como medicación forzada y terapia electro convulsiva forzada, cirugía psíquica, restricciones y reclusiones, y ser confinados en instituciones basadas en un diagnóstico o discapacidad psicosocial y que se brinden todas las comodidades y facilidades que sean respetuosas para los usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría partiendo de la base del todo el respeto de nuestros Derechos Humanos.

Nos oponemos a los principios y prácticas de psiquiatría coercitiva, confinamiento, tratamientos forzados e intervenciones involuntarias y/o coercitivas y usaremos las leyes nacionales e internacionales que prohíben la tortura y el maltrato para abogar por el fin de estas violaciones a los Derechos Humanos.

Abogaremos por leyes no discriminatorias y practicas no coercitivas y de apoyo que respeten nuestra dignidad y libertad de elección y que nos posibiliten disfrutar libertad y seguridad sobre una base igualitaria con los demás (RMUSP 2009: párr. 9).

Además buscan que los usuarios tengan acceso a información clara acerca de la naturaleza, efectos y posibles riesgos de los tratamientos que les son prescritos, piden que el sistema psiquiátrico respete los derechos humanos durante el camino a alternativas más allá de la psiquiatría, porque consideran que de esta manera pueden avanzar para conseguir un trabajo con salarios justos para sus miembros, viviendas dignas y derecho a la libertad de decidir sobre sus propias vidas.

Queremos lograr que todos los usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría sean capaces y/o capacitados para participar plenamente en la vida sobre una base igualitaria con otros, tales como la satisfacción de necesidades básicas, escoger el lugar de vivienda, con quien vivir, ser capaces de trabajar, de casarnos, de criar niños, etc. Abogaremos contra la exclusión, estigma, tabú y descuido y crearemos accesibilidad, apoyos y oportunidades e inclusión

para los usuarios y sobrevivientes en todos los aspectos de la comunidad (RMUSP 2009: párr. 13).

Los fines de la RMUSP son tan diversos como lo son sus miembros, pues si bien comparten el hecho de haber estado en alguna ocasión sometidos al diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, tienen orígenes, creencias personales e intereses políticos distintos, la lucha por la reivindicación de los derechos con discapacidad psicosocial tiene ciertas particularidades debido a que las experiencias de medicación forzada, reclusión en instituciones psiquiátricas sin consentimiento y negación de la subjetividad inherentes al ser un paciente psiquiátrico, son asumidas de forma distinta por los sujetos y el hecho de ser usuario, ex – usuario, o sobreviviente de la psiquiatría, tiene implicaciones en cuanto a la forma como se conciben a sí mismos, como asumen la experiencia negativa con la psiquiatría, la forma como se relacionan con la misma y por lo tanto en los fines que persiguen. Sin embargo, al compartir la experiencia de sujeción al campo de la psiquiatría, es posible que hayan vivido también una violación al derecho a ser uno mismo, a la libertad y la igualdad, lo cual influye en el empeoramiento de la condición de los sujetos, creando temores y miedo a pedir ayuda en estados extremos, que puede configurarse como una invitación a socializar las experiencias para encontrar estrategias que pueda resultar útiles para otros y así generar lazos de solidaridad y respeto por la diversidad

4. Saberes y prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría

Teniendo en cuenta lo expuesto en los capítulos anteriores, en los que se analizaron los conceptos puestos en juego por los miembros de la Red así como los fines que persiguen con sus prácticas, en este capítulo me concentraré en identificar los saberes en los que los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría fundamentan sus prácticas, así como las características específicas de las prácticas que emprenden para lograr su transformación y por medio de las cuales subvierten las relaciones de poder/saber respecto a la psiquiatría, centrándome en una de las prácticas que aparece con mayor regularidad en sus discursos: las prácticas de sí

Con el fin de describir las prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría y de analizar sus regularidades, se han clasificado en cuatro categorías construidas a partir de la identificación del saber en el que se sustentan, de la siguiente manera: saber experiencial, saberes de autoayuda, saberes expertos y saberes orientales. Además se rastreó la forma en la que acceden a estos saberes, se examinó si este saber atiende a sentimientos, emociones, pensamientos o al cuerpo, y se identificó si son prescritas por alguna organización miembro de la red o si por el contrario los usuarios las han inventado.

La locura y los nuevos modos de subjetivación, entendida esta última como el “proceso por el que se obtiene la constitución de un sujeto, más exactamente de una subjetividad, que evidentemente no es sino una de las posibilidades dadas de organización de una conciencia de sí” (Foucault 1999a: 390) pueden analizarse a partir de las prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría que se constituyen a sí mismos como “nuevos sujetos locos” cuando encuentran una tensión

respecto de los mecanismos de sujeción que han delimitado la construcción histórica de la locura ligada a la desviación y lo patológico, en gran medida, debido a los discursos y prácticas de la psiquiatría.

El pensamiento foucaultiano en cuanto a las prácticas de sí: “ejercicio de uno mismo sobre sí mismo, mediante el cual uno intenta elaborarse, transformarse y acceder a cierto modo de ser” (Foucault, 2001, 1528) es fundamental en esta parte de la investigación, pues si bien era necesario hacer un esbozo de las prácticas coercitivas del poder en el escenario de la locura manifiestas en relación a la experiencia negativa con la psiquiatría de los usuarios y sobrevivientes, el objetivo principal es analizar “las formas que el individuo da a su propia vida, con objeto de no dejar su formación en manos de la intervención de las normas” (Schmid, 2002, 210)

Las prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría tienen unas aristas interesantes pues se rebelan contra los procedimientos de la psiquiatría, pero aunque sus fines disten bastante de apuntar a la normalización del sujeto, si confluyen en una minimización de los ruidos que su locura genera en el orden social. Sáenz (2010) analiza las posibilidades en las que pueden surgir las prácticas de sí:

En su relación con prácticas de poder, las prácticas de sí dominantes en “Occidente” son prácticas políticas pues han sido concebidas como formas de auto-gobierno. Además, en algunas de sus formas históricas, han operado de manera simultánea para gobernar o tener efectos éticos sobre los demás y como líneas de fuga a los dispositivos de saber-poder dominantes. Se han inscrito en dispositivos *infantilizadores* de obediencia y de sujeción: como formas de auto-gobernarse articuladas con prácticas institucionales de gobierno de los individuos (en especial por parte de la Iglesia, los monasterios, las familias y las escuelas). Pero también se han configurado como artes de auto-creación, eso es de prácticas de libertad, contraconducta, disidencia o resistencia a los dispositivos institucionales de fijación de las relaciones del sujeto consigo mismo (Sáenz 2010: 9).

Las prácticas y el discurso mismo de los miembros de la Red de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría se configuran como una contraconducta, porque a partir del descubrimiento de lo problemático de los tratamientos de la psiquiatría tradicional, el saber de los usuarios deja de ser un mero objeto de análisis del psiquiatra para convertirse en práctica, mientras que el saber del psiquiatra permanece inflexible frente a las contingencias, lo cual

evidencia que la relación de poder está fallando pues el psiquiatra ofrece algo que no sirve y de esta manera el margen de acción se va abriendo: el solo hecho de no pensar como lo hacían antes (como pacientes) para que los psiquiatras ya no puedan convencerlos de su locura en la forma desviante y patológica como la conceptualizan, lleva a una reducción del campo de acción del profesional. Es por esto que en este capítulo nos ocuparemos de las prácticas de sí, que de acuerdo con Sáenz (2014 p.14), a diferencia de las auto-coacciones “por ser deliberadas, tienen una mayor posibilidad de generar contraconductas en relación con las formas en que los individuos y grupos están siendo gobernados”

4.1 Saber experiencial

Dentro de los saberes desde los cuales los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría piensan sus contraconductas, tal vez el más importante sea el saber experiencial, pues por un lado se trata de un saber que ha sido deslegitimado por los regímenes de verdad de la modernidad como es el caso de la psiquiatría, y por otro lado es un saber ligado íntimamente a prácticas de autoconocimiento y autocuidado ampliamente difundidas entre los miembros de la red, porque permiten la recuperación de las experiencias para que el sujeto se construya a sí mismo desligado de lo que la psiquiatría le ha hecho creer que es. En ese sentido el codirector de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría Salam Gómez, y la ex usuaria y sobreviviente a la psiquiatría Vilma Boevink manifiestan respectivamente:

Nuestra misión es buscar mecanismos para todo lo que es el manejo tanto en salud mental como en discapacidad psicosocial, y ¿cómo lo hacemos? desde nuestra experticia y valorar la experticia de vida, si pasamos por una clínica psiquiátrica ya sabemos cómo es, si tomamos un medicamento ya sabemos cómo es. Nosotros tenemos una experticia que desafortunadamente no es valorada, y siempre tenemos el rango que el experto psiquiatra es el que se las sabe todas y solamente llega uno al consultorio y le dice: “no te veo bien súbele a la dosis”, y se acabó el asunto, u “oye te veo fantástico bajémosle a la dosis” y uno no alcanza a decir buenos días, entonces hay que ser críticos en eso y más si yo no conozco de mi proceso y no conozco para que me sirve le medicamento, y solamente voy porque el sistema nos formó de esa manera, entonces va a ser muy complicado.

"Nos ayudamos a nosotros mismos con nuestras propias historias. Hacemos de todo para ayudarnos a nosotros mismos. Tenemos experiencia de sobra con eso. Aprendemos a reconocer el valor verdadero de nuestras experiencias y a ver su significado. Tratamos de aprender de ellas, qué es lo que tenemos en común y en qué nos diferenciamos. Queremos identificar lo que nos ayuda y lo que nos perjudica. Desarrollamos conocimientos: conocimientos basados en la experiencia. Y estos conocimientos, los transmitimos a otros: a la próxima generación de personas afectadas, para darles fuerza y esperanza; a personas que trabajan en la psiquiatría para que aprendan a escuchar nuestra voz; a personas fuera del área psicosocial para mostrarles que nosotros también somos seres humanos y que también formamos parte de la sociedad" (Boevink citada por Lehmann & Stastny 2009: 109).

A continuación se presentan algunas prácticas prescritas por organizaciones adscritas a la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, que conducen a los sujetos a ejercer una vigilancia permanente sobre sí mismos, mostrándoles los beneficios de conocerse a sí mismos a través de guías construidas a partir de la sabiduría de personas que han vivido experiencias similares a las suyas, y dándoles la libertad de elegir lo que consideran que les resulta más funcional de acuerdo a sus particularidades.

4.1.1 Cartografía de la locura

La idea de hacer "mapas locos" surge del Proyecto Ícaro, inspirados en las directrices avanzadas que permiten a los sujetos establecer por escrito sus deseos acerca de decisiones médicas en caso de enfermedad o incapacidad de toma de decisiones independiente:

Los mapas de locura son documentos que creamos para nosotros mismos como recordatorios de nuestras metas, lo que es importante para nosotros, nuestras señas personales de lucha y nuestras estrategias para la auto-determinación y bienestar. Aunque inspirado originalmente por la idea de Directivas Avanzadas (documentos legales para compartir con los médicos y amigos en caso de ser hospitalizado), con el tiempo esta idea ha evolucionado para incluir un elemento de transformación: ¿cómo nos movemos más allá de la adaptación y afrontamiento, hacia la realidad de cambiar el mundo en que vivimos? Mediante la creación de documentos que nos ayudan a explorar nuestros locos regalos y a entendernos mejor y movernos a través de tiempos difíciles, somos capaces de re-imaginar los límites de nuestro potencial individual y colectivo (Proyecto Ícaro, s.f., párr.3)

El proyecto de los mapas de locura, busca generar guías de cartografía de la locura basados en las voces de los miembros del Proyecto Ícaro, por lo que incluyen el saber colectivo de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría contenido en foros, talleres y encuestas en línea realizados a sus miembros. El proyecto explora las siguientes cuestiones: la locura y la opresión, la locura de las generaciones pasadas, mapas personales, y soñando nuevos mundos.

En cuanto a la locura y la opresión, buscan analizar las fuerzas opresivas que dan forma al mundo y a ellos mismos en su lucha por sobrevivir y prosperar; consideran que no existe salud mental en un vacío sociopolítico y por lo tanto, reflexionan sobre el papel que la raza, el género, la clase, la capacidad, la sexualidad, el sistema económico y la violencia institucional puede jugar en sus experiencias de locura. El tipo de cuestiones que buscan explorar en cuanto a este asunto son:

¿Cómo nos movemos más allá de la adaptación y afrontamiento, hacia la realidad cambiante del mundo en que vivimos? ¿Cómo hacemos esto juntos, a pesar de todas nuestras heridas? ¿Cómo encontramos la unidad a través de causas? ¿Cómo lidiamos con las huellas de las historias de opresión que se extienden a través del tiempo, desde antes de que nació, pero todavía nos afectan hoy en día? (The Ícarus Project, 2014, párr.4).

Respecto a la locura de las generaciones pasadas, llama la atención que validan el conocimiento científico del campo de la epigenética que “estudia los procesos bioquímicos que regulan la actividad de los genes y que responden a la influencia del ambiente” (Guerrero V., 2009, párr. 1). A partir de las teorías de la epigenética, consideran que las experiencias de sus antepasados se pasan a la siguiente generación, afectando la forma en la que se trata el estrés y la ansiedad, entre otros asuntos. De esta manera, pretenden que el mapeo de la vida de generaciones pasadas les ayude a una mejor comprensión de sí mismos y una concientización de la herencia que dejarán a la próxima generación; para realizar el mapeo de locura de las generaciones pasadas, los sujetos no sólo se basan en el conocimiento científico que proporciona la epigenética, sino que lo relacionan con sus propias experiencias personales, y lo hacen a través de los siguientes planteamientos: “¿Han experimentado sus padres, abuelos u otros ancestros suyos algún trauma? ¿De qué manera cree usted que esto podría haberlo afectado a usted? ¿Cómo podemos

detener la transmisión de este trauma a la siguiente generación?” (The Ícarus Project, 2014, párr.5).

Los mapas personales, son tal vez los que ocupan el lugar más importante dentro de este proyecto de cartografía de la locura, pues son lo que parten del conocimiento de sí, buscan la comprensión de sí mismos, de sus dones, sus paisajes y cómo pueden navegar a través de ellos con el fin de hacer frente a los desafíos, crisis y factores desencadenantes. Son un elemento fundamental de prevención que atiende a las necesidades particulares del sujeto y sin embargo resulta útil para la sociedad en general pues disminuye los ruidos que producen los sujetos en sus crisis de locura. Tal y como afirman los miembros del Proyecto Ícaro, los mapas personales de locura, apuntarían a “alcanzar nuestras metas para el bienestar social y emocional”. Los interrogantes que guían la cartografía en este aspecto, muestran como el autoexamen es esencial a la hora de trazar los mapas locos:

¿Dónde estamos y a dónde queremos ir? ¿Cómo podemos llegar allí? ¿Cuáles son nuestros factores desencadenantes? ¿Cómo podemos hacer frente a ellos para que no nos perdamos? ¿Qué signos advierten que hemos perdido nuestro camino? ¿Cómo podemos volver a casa si nos perdemos? ¿Cómo pueden nuestros amigos y aliados ayudarnos? ¿Qué ha sido útil en el pasado y qué no ha sido de ayuda? ¿Qué medicamentos han trabajado, cuáles no lo han hecho, y cómo podemos dejar los medicamentos si no los necesitamos más? ¿Cómo podemos construir la vida que queremos vivir? (The Ícarus Project, 2014, párr. 6)

Para el tema de la “cartografía de nuestra locura” el proyecto Ícaro publicó un libro de trabajo anónimo, creado con el fin de navegar crisis, estados extremos, o simplemente la ausencia de estados de ánimo; se trata de una especie de cuaderno de ejercicios tendientes al autocuidado, que el autor describe como una caja de herramientas que puede alterarse para que tenga sentido para el usuario y pueda ayudarlo a facilitar la comunicación de sus necesidades en situaciones emocionales extremas, para lo cual propone explorar en cada página los siguientes elementos:

Cosas diarias para cuidar de ti mismo: esto puede ser ejercicio diario, suplementos herbales, vitaminas, y medicamentos que posiblemente desees tomar con regularidad.

Signos de que se acerca una crisis o estado extremo: algunas de estas cosas son no comer o no dormir, ser menos sociable o todo lo contrario, pueden ser cosas como sentirte como si pudieses manejar demasiadas cosas, o sentirte entumecido. También puedes incluir formas para reconocer desencadenantes. De nuevo, tú eres quien mejor se conoce.

Desencadenantes: Un desencadenante es algo que puede revivir un trauma del pasado. Esto podría ser cualquier cosa como olores o lugares, algo que alguien dice o como actúa, etc. Si no te identificas como sobreviviente de un trauma, esta página puede ser usada para cosas que te llevan a estados o emociones intensas.

Mis necesidades inmediatas: ¿Qué es lo que necesitas inmediatamente en una situación de crisis, estado extremo o cuando estás sintiendo un desencadenante? Esto podrían ser cosas como moverse a un lugar seguro, estar lejos de la gente, dormir, comer, etc.

¿Qué pueden hacer mis amigos cuando estoy experimentando una crisis, en un estado extremo, o sintiéndome desencadenado? Este puede ser un aviso que puedes escribir en otro lado y enviarlo a tus amigos. Asegúrate de tener su consentimiento primero, tu puedes incluir también algunos de los signos para reconocer que viene una crisis, o cómo lucas cuando estas en un estado extremo.

Personas con las que me gustaría hablar o que quisiera tener cerca: esto puede incluir nombres e información de contacto. Tu podrías chequear con estas personas antes de llenar esto para asegurarte que son capaces y están disponibles para apoyarte.

Espacios en los que me siento seguro: puedes incluir direcciones, mapas, o indicaciones que tú piensas que van a ayudarte a ti o a tus amigos a llegar a alguno de estos lugares

Cosas que me hacen reír ¡esto puede ser cualquier cosa! Libros, películas, comics, fotos, gente, videos tontos de internet, etc.

Comida fácil que un amigo o yo podría hacer: esto puede incluir recetas y comidas favoritas que prefieres comer si estás teniendo un tiempo difícil con la comida. También puede incluir preferencias en la dieta, restricciones o alergias.

Aquí van algunas cosas que prefiero evitar: estas podrían ser cosas que puedes hacer para lidiar con el dolor que tu consideres poco saludable, así como personas y lugares que no quisieras alrededor. Estas cosas pueden parecerse posiblemente a: abuso de sustancias, auto mutilación, comidas que te hacen sentir asqueroso, hábitos perjudiciales, música que te pone triste, etc.

Actividades que me ayudan a sentir mejor: ¡esto puede ser cualquier cosa! Escribir, dibujar, montar bicicleta, gritar, bailar, cocinar, abrazar, etc.

Nota para ti mismo: esta es una página para escribirte una nota a ti mismo cuando te estés sintiendo bien, puede ser acerca de lo genial que eres, las cosas que te importan o un recordatorio de que no te vas a sentir en la misma forma por siempre, envíate a ti mismo algo de amor. (Anónimo, 2012: 5-16)

Como puede verse, este cuaderno exige una descripción detallada de diferentes aspectos espaciales, temporales y relacionales, ligados a cuestiones emocionales, producto de un riguroso autoexamen, que conlleva a plasmar prescripciones para sí mismos y para los otros en la búsqueda de lo que supone vivir bien.

Finalmente, soñando nuevos mundos, se trata de un mapeo de rutas de acceso a la comunidad y el mundo en que desean vivir. Las cuestiones que guían los trazos de esta cartografía son: ¿Si tuviéramos un lienzo en blanco qué mapa crearíamos? ¿A qué se parece el mundo que queremos? ¿Cómo podemos dar pasos para hacerlo posible? ¿Cómo podemos trabajar juntos para superar nuestras luchas y hacer nuestras comunidades más seguras y saludables para todo el mundo? (The Ícarus Project, 2014, párr.7)

La Cartografía de la Locura es una herramienta de prevención y recuperación ante crisis y estados extremos, que permite documentar estrategias para vivir bien valiéndose de un inventario de estados de conciencia, señales de que algo no anda bien, personas, lugares, comidas y actividades que generan bienestar: The Ícarus Project al respecto plantea lo siguiente:

Cuando estamos en crisis, o nuestra vida es muy estresante y abrumadora, es difícil incluso comprender nuestras emociones, y mucho más difícil aún articular lo que nos está pasando con lo que nos ayudaría a superarlo. Cuando no tenemos nuestras propias palabras para describir nuestros sentimientos, dejar que alguien más los describa puede resultar muy reconfortante. A menudo, sin embargo, estas palabras tienen el potencial de llegar a convertirse en perjudiciales, porque no vienen de nosotros. No siempre sabemos exactamente lo que necesitamos, pero sí sabemos que necesitamos algo. A veces estamos tan desesperados por escapar de nuestras experiencias abrumadoras que podemos estar

ansiosos y aceptar la definición de ayuda de alguien más, ayuda que no es necesariamente la que necesitamos. Mediante la recopilación de experiencias compartidas por personas como usted, que han pasado por circunstancias opresivas, y mediante la compilación de los conocimientos de la gente y habilidades de afrontamiento, vamos a armar un recurso que contiene una variedad de diferentes historias y caminos. Este recurso le ayudará a la gente a encontrar sus propias palabras y herramientas, ilustrando las diferentes formas en que otros han hecho lo mismo (The Ícarus Project, 2014, párr. 9)

La cartografía de la locura pone especial énfasis en la identificación de sentimientos y la forma como el sujeto comprende y se relaciona con su forma de sentir, a fin de generar una serie de herramientas basadas en el conocimiento de sí, pero que pueden ser útiles para otras personas que han experimentado situaciones opresivas similares y que aún no han encontrado las estrategias que les permitan dar un nombre a sus sentimientos y hacer frente a los mismos. La creación de guías a partir de los mapas de locura o mapas locos puede inducir a prácticas por medio de las cuales los sujetos actúan sobre sí mismos de forma deliberada, aunque sean prescritas con el fin de que a muchas personas con diversas formas de pensar, sentir y actuar les resulten funcionales; luego de haber hecho un ejercicio de autoexamen, cada quién encuentra lo que le es útil para navegar en tiempos difíciles.

La cartografía de la locura, al hacer énfasis en las experiencias y estrategias individuales que surgen del conocimiento de sí y que promueven el autocuidado para hacer frente a situaciones difíciles y estados extremos, cuestionan las bases de legitimación científica del saber psiquiátrico, generando alternativas a la práctica psiquiátrica que patologiza la subjetividad y el sufrimiento humano.

4.1.2 Plan de crisis

The Icarus Project, respecto a otras organizaciones adscritas a la red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, cuenta con una considerable cantidad de material y manuales para manejo de crisis, reducción del uso de medicamentos psiquiátricos y herramientas para generar bienestar en sujetos que están aprendiendo a manejar su locura

fuera de los tratamientos de la psiquiatría convencional. Esta organización pone a disposición de sus miembros y de sujetos con experiencias comúnmente etiquetadas como bipolares y otras condiciones psiquiátricas, una serie de herramientas a través de las cuales prescriben prácticas orientadas a cuidar y cultivar la locura en lugar de suprimirla. Estas han sido construidas por parte de miembros del proyecto y validan su saber práctico como una fuente importante para la construcción de estrategias de afrontamiento de estados extremos.

En cuanto a los planes de crisis, puede encontrarse un manual para navegar las crisis, prescrito para cuando “todo se viene abajo”. Este manual es muy corto, escrito de forma sencilla y cercana a sus lectores, parten por ejemplo, exponiendo que la mayoría de las personas han pasado por crisis o conocen a alguien que ha pasado por una crisis: “la mayoría o bien ha estado ahí, o conocen un amigo que ha estado allí: alguien cuya personalidad comienza a hacer cambios, no pueden dormir o duermen todo el día, pierden contacto con la gente a su alrededor, desaparecen en su habitación durante días, tienen una energía salvaje y planes extravagantes, empiezan a detenerse en el suicidio y la desesperanza, paran de comer o cuidar de sí mismos, o empiezan a tomar riesgos y ser imprudentes. Se convierten en una persona diferente. Están en crisis” (The Icarus Project, 2013: 41).

De esta manera generan identificación del usuario con dichas situaciones y luego plantean algunas preguntas invitándolos a la reflexión: “¿podría la crisis ser una oportunidad de avance y no sólo de avería?, ¿podemos aprender sobre nosotros mismos y de los otros como una comunidad a través de las crisis?, ¿podemos ver las crisis como una oportunidad para juzgar una situación y a nosotros mismos cuidadosamente, y no sólo reaccionar con pánico y confusión llamando a las autoridades?” (The Icarus Project, 2013: 41) para finalmente proceder a establecer una guía de respuestas frente a las crisis dentro de la cual sugieren:

- i) Trabajar en equipos coordinando con amigos y familiares a fin de compartir la responsabilidad y el estrés.
- ii) Tratar de no entrar en pánico: “las personas en situación de crisis pueden ponerse mucho peor si la gente comienza a reaccionar con miedo, control e

- ira... mantenga la respiración, tome tiempo para hacer cosas que le ayudan a permanecer en su cuerpo como el yoga, tomar paseos, asegúrese de comer, beber agua y trate de conciliar el sueño” (The Icarus Project, 2013: 41)
- iii) Ser real acerca de lo que está pasando: esta recomendación, así como el escuchar a la persona sin juzgarla, está orientada más hacia las personas cercanas al individuo en crisis y tiene que ver con indagar acerca de los sentimientos y necesidades de quien está en crisis, así como medir riesgos y evaluar situaciones potencialmente peligrosas tanto para la persona que atraviesa la crisis o para los que le rodean.
 - iv) Otras recomendaciones para evitar las crisis, invitan a explorar las necesidades particulares del sujeto y la búsqueda de estrategias para regular el sueño y satisfacer necesidades básicas: “Si no ha intentado con hierbas o remedios homeopáticos de una tienda de alimentos saludables, los baños calientes, comida rica, el ejercicio o la acupuntura pueden ser extremadamente útiles... trate de desdramatizar y desestresarse de la situación tanto como sea posible” (The Icarus Project, 2013: 41)
 - v) Finalmente, advierten que retirar repentinamente los medicamentos psiquiátricos puede causar crisis, por lo cual este es un proceso que debe hacerse lentamente y con cuidado, no de golpe.

Por otra parte, proponen explorar los siguientes aspectos para hacer un plan de crisis:

Cuando me siento bien, estoy: (me describo a mí mismo cuando me siento bien)

Lista de signos que indican que ya no soy capaz de tomar decisiones por mí mismo o que ya no soy capaz de ser responsable de mí mismo para tomar decisiones apropiadas.

Lista de personas que pueden tomar decisiones por mí cuando claramente tengo algunos de los signos anteriores.

Lista de personas que no quiero que participen de ninguna manera en mi cuidado o tratamiento y opcionalmente por qué no quiero que se involucren.

Medicamentos preferidos y por qué

Medicamentos aceptables y por qué

Medicamentos inaceptables y por qué

Tratamientos aceptables y por qué

Tratamientos inaceptables y por qué

Instalaciones de tratamiento preferidos y por qué

Instalaciones de tratamiento inaceptables y por qué
Lo que quiero de mi red de apoyo cuando me siento mal
Lo que quiero de mi red de apoyo si soy un peligro para mí mismo o para los demás
Cosas que puedo hacer por mí mismo
Indicadores de que los partidarios ya no necesitan utilizar este plan (WRAP, s.f.)

Al finalizar el Plan de Crisis recomiendan asegurarse que este ha sido firmado por la persona, su abogado y sus testigos. Se trata entonces de directivas avanzadas, que parten de un autoexamen y el reconocimiento de que si las crisis pueden ponerse tan mal como para terminar en un hospital, esta herramienta básicamente le va a dar poder y control sobre lo que le pasa cuando está en crisis y cómo transitar estos estados sin poner la vida en manos de un psiquiatra.

4.1.3 Otras prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría sustentadas en saber experiencial

Muchas de las prácticas de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría son tan diversas como son sus formas de ver el mundo y de experimentar la realidad en estados extremos, por lo que difícilmente podrían incluirse en una categoría específica; pero presentan algunas regularidades: las prácticas de sí de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría que se presentan en este apartado están sustentadas en un saber práctico, se configuran como contraconductas en tanto luchan contra los saberes que pretenden conducirlos, y aparece el conocimiento de sí en relación a una posibilidad de libertad.

Ahora en este punto, es necesario precisar el concepto de libertad que resulta más apropiado para nuestra investigación. Foucault (1984) afirma que la libertad es una práctica reflexiva que es en sí misma ética, una libertad en virtud de la cual el sujeto actúa éticamente consigo mismo y con los otros. Para Foucault cuidar de sí implica dotarse de verdades, y en ese sentido, aparece el cuidado de sí como uso práctico de la verdad en la medida en que se relaciona la ética y el juego de verdad. En cuanto a “La ética de cuidado de sí como práctica de libertad” analiza el problema de las relaciones entre el sujeto y los juegos de verdad, a través de una práctica de sí, los juegos de verdad empiezan a relacionarse con una práctica no coercitiva sino de autotransformación del sujeto.

El análisis del cuidado de sí, que posibilita la configuración de una subjetividad alternativa de la locura en los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, puede ayudar a dar cuenta de los procesos por medio de los cuales el sujeto apunta a modos de creación de sí mismo, no como un sujeto egoísta sino como un sujeto moral. Según Foucault:

El cuidado de uno mismo ha sido, en el mundo greco-romano, el modo mediante el cual la libertad individual – o la libertad cívica hasta un cierto punto – ha sido pensada como ética. Si usted consulta toda una serie de textos que van desde los primeros diálogos platónicos hasta los grandes textos del estoicismo tardío – Epicteto, Marco Aurelio, etc. – podrá comprobar que este tema del cuidado de uno mismo ha atravesado realmente toda la reflexión moral. Es interesante ver cómo en nuestras sociedades, por el contrario, el cuidado de uno mismo se ha convertido, a partir de un cierto momento – y es muy difícil saber exactamente desde cuándo – en algo un tanto sospechoso. Ocuparse de uno mismo ha sido, a partir de un determinado momento, denunciado casi espontáneamente como una forma de egoísmo o de interés individual en contradicción con el interés que es necesario prestar a los otros o con el necesario sacrificio de uno mismo (Foucault 1984)

El cuidado de sí le permite al sujeto determinar el sentido en el que accede a cierto modo de ser y por lo tanto está relacionado con las técnicas de sí “que permiten a los individuos efectuar, solos o con la ayuda de otros, algunas operaciones sobre su cuerpo y su alma, sus pensamientos, sus conductas y su modo de ser, así como transformarse, a fin de alcanzar cierto estado de felicidad, de fuerza, de sabiduría, de perfección o de inmortalidad” (Foucault 1999a: 445).

El precepto de “ocuparse de uno mismo” que para las sectas filosóficas griegas y helenísticas era una de las reglas más importantes para la conducta personal y social, es una noción que para los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría también es fundamental como arte de vida y que está enlazada con el conocimiento de sí, tal como lo presentan las ex usuarias y sobrevivientes a la psiquiatría, Regina Bellion una alemana de 74 años, y una de las mujeres más importantes de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría actualmente y Bhargavi Davar nacida en India, Ph.D. en Fundamentos filosóficos de la psiquiatría y otras ciencias afines:

Como adulto me parece importante mantener mi actitud frente a la vida enfocada; ser capaz de mirarme a mí mismo con la distancia necesaria: para asegurarme de que mi auto-evaluación es exacta; que soy cuidadoso con mi yo, con otros seres humanos y todos los

seres vivos; que puedo distinguir entre la realidad y la ilusión, que reconozco los motivos de mis acciones y tomo las decisiones correctas para mí. Esta es la única manera de estar seguro de que puedo asumir la responsabilidad de mi vida. (Bellion citada por Lehmann & Stastny, 2009:70)

Intentamos reconocer una psicosis desde el principio, tan pronto como aparece como una mota en el horizonte. Podemos tener un impacto contra una tan pequeña mota, cada uno a su manera. Tenemos que ser vigilantes y prestar atención a nosotros mismos. De hecho, tenemos que estar constantemente en guardia. Durante períodos buenos puede ser suficiente tomar una mirada crítica a mí mismo por día. Tengo un catálogo entero de medidas preventivas y tengo que atenerme a ellas. Desde luego, todos nosotros a veces oímos voces o vemos algo que realmente no puede estar allí. Tomamos esto como un signo que las cosas están llegando a ser demasiado y que tenemos que cuidar de nosotros mismos. Y estamos mejorando en ello todo el tiempo. (Davar citada por Lehmann & Stastny, 2009:77)

En las narraciones de usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría aparecen otras prácticas que si bien son muy particulares, se asemejan en que a través de éstas los sujetos se ocupan de sí, y tienen que ver con la búsqueda de espacios para permitir que los pensamientos fluyan en lugar de permanecer fijos en ideas que pueden causar malestar, y en los cuales encuentran seguridad y tranquilidad. Por un lado se encuentra David Webb de 60 años, PhD en Suicidio como crisis del sujeto, quien encuentra en el silencio un aliado para encontrarse con sí mismo; mientras que Sarah Carr de 44 años, magíster en teología y analista en una organización de usuarios y sobrevivientes en Londres, prefiere contemplar otras realidades a través del cine:

Lo que más me ayuda en los momentos difíciles es la lección que aprendí en 1999 que me ha librado de mi locura suicida. Lo que aprendí es que el silencio es mi mejor amigo. El silencio es lo que encontré en el centro de mi ser. El silencio es donde todos mis pensamientos vienen y donde todos se vuelven a ir. Este silencio, no mi mente a veces loca, es lo que soy. Ahora, cada vez que necesito un poco de paz, mi amigo en silencio siempre está ahí para mí. A través de este silencio, me enteré de que todo lo que tengo que hacer es ser fiel a mí mismo: de ser yo mismo, nada más y nada menos (Webb citado por Lehmann & Stastny, 2009: 66).

Cuando estoy enferma, el cine puede ser como un útero, un espacio oscuro seguro donde puedo retirarme temporalmente en otra realidad, mientras que mi propia realidad es demasiado dolorosa de soportar. Cuando me estoy desintegrando y sintiendo dependiente, me da un sentido de autonomía y la contención. Cuando estoy demasiado agitada para leer, me enseña y me cuenta historias. Cuando mi mente está asaltada por pensamientos intrusivos y voces, me da otras imágenes, es decir, algunas conocidas y otras desconocidas. Cuando estoy retirada y con miedo del género humano, me mantiene en contacto con la humanidad. Para mí puede ser una luz en la oscuridad. (Carr citada por Lehmann & Stastny, 2009: 52)

Por otra parte, el ejercicio de la escritura como práctica de cuidado de sí, aparece con frecuencia en los relatos los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría como Ursula Zingler quien falleció a los 70 años y durante 20 años fue miembro activa y representante de la Asociación Federal Alemana de ex usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría:

Yo no pido ayuda desde arriba, pero tomo responsabilidad en trabajar en la solución.[...]En contraste con épocas anteriores, tomo nota de mis sentimientos y actúo de acuerdo con ellos, he dejado de esperar que todo el mundo me tenga que gustar, me protejo de demandas excesivas y me aseguro de vivir lleno de variedad (Zingler citada por Lehmann y Stastny, 2009: 65).

Constance Dollwet, una usuaria y sobreviviente a la psiquiatría de 52 años, envuelta en actividades de ayuda grupal a través de la lectura, actos de cabaret como "Schizzobaby" y seminarios de escritura presenta lo siguiente al respecto:

Otra "herramienta" que me ayudó fue la escritura auto-terapéutica intuitiva. De esta manera, rompí el silencio y encontré palabras para expresar lo indecible. Incluso hoy en día es mi método elegido cuando necesito ganar claridad rápidamente, por ejemplo, sobre una emoción difícil. Para sentirme bien, tengo que cuidar en absoluto de lo que necesito para mí mismo: dormir lo suficiente, vivir de acuerdo a mi propio ritmo, actividad física, estar al aire libre, una dieta saludable, mantenerme cálido, seguro y bien cómodo como en un nido (Zingler citada por Lehmann y Stastny, 2009: 69).

En las anteriores prácticas individuales, así como otras prescritas por organizaciones, tal como la cartografía de la locura, se pone en relieve la importancia de tomar notas sobre sí mismo y en ocasiones enviarlas a los amigos, igual que sucedía en la época grecorromana

dónde las notas permitían activar para sí las verdades que necesitaban tener presentes, tal y como afirma Foucault:

Escribir también era importante en la cultura del cuidado de sí. Una de las características más importantes de este cuidado implicaba tomar notas sobre sí mismo que debían ser releídas, escribir tratados o cartas a los amigos para ayudarles, y llevar cuadernos con el fin de reactivar para sí mismo las verdades que uno necesitaba. Las cartas de Séneca son un ejemplo de este ejercicio de sí...Pero, en la edad helenística prevaleció la escritura, y la verdadera dialéctica pasó a la correspondencia. El cuidado de sí se vio relacionado con una constante actividad literaria. El sí mismo es algo de lo cual hay que escribir, tema u objeto (sujeto) de la actividad literaria. Esto no es una convención moderna procedente de la Reforma o del romanticismo: es una de las tradiciones occidentales más antiguas. Ya estaba establecida y profundamente enraizada cuando Agustín empezó sus Confesiones. La nueva preocupación de sí implicaba una nueva experiencia del yo. La nueva forma de experiencia del yo ha de localizarse en los siglos I y II, cuando la introspección se vuelve cada vez más detallada. Se desarrolla entonces una relación entre la escritura y la vigilancia. Así, se prestaba atención a todos los matices de la vida, al estado de ánimo, a la lectura y la experiencia de sí se intensificaba y ampliaba en virtud del acto de escribir. Un nuevo ámbito de experiencia, hasta entonces ausente, se abría (Foucault 1990: 62-63).

En los fragmentos de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría que hacen uso de la escritura como práctica de sí, puede observarse su utilidad para la clarificación de sentimientos y emociones a través de la constante revisión de las cosas dichas. La reflexión sobre las notas de sí, constituye un elemento de vigilancia y medición del riesgo respecto a formas de pensar y sentir; ya no en el sentido de la vida ascética del Cristianismo institucional, en la que la escritura funcionaba como ejercicio de precaución para estar seguros de no pecar pues al escribir los actos e impulsos del alma como si tuvieran que revelárselos a otros, se aseguraban de que el miedo y la vergüenza a que fueran conocidos hacían que dejaran de pecar y de tener pensamientos malvados (Foucault 1999a: 289), sino más bien como una forma de identificar y balancear sentimientos y pensamientos para sí actuar sobre ellos, como una forma de constituirse a sí mismos a través de lo que se plasma.

4.2 Prácticas de sí que se sustentan en saberes de autoayuda

4.2.1 WRAP The Wellness Recovery Action Plan

The Ícarus Project publicó en su portal de internet material de Mary Ellen Copeland que junto con un grupo de personas que ha experimentado graves problemas de salud mental crearon WRAP-The Wellness Recovery Action Plan -desarrollado en 1997 y que desde entonces ha sido ampliamente estudiado y se enumera en el Registro Nacional de Programas federales basados en la evidencia y prácticas post crisis. Copeland se basa principalmente en saberes de autoayuda, con el fin de cambiar el sistema de atención en salud mental hacia el empoderamiento personal, para “ayudar a las personas a hacer las cosas que quieren hacer y ser las personas que quieren ser”. Algunas de las cosas que Copeland propone para tener un buen cuidado de sí mismo son:

Comer tres comidas al día que se centren en los alimentos saludables - frutas y hortalizas frescas, así como alimentos de granos enteros y fuentes ricas en proteínas como el pollo y el pescado

Evitar los alimentos que contienen grandes cantidades de azúcar, cafeína y aditivos alimentarios - si usted no puede pronunciar los ingredientes, es posible que desee evitarlos.

Pasar tiempo al aire libre y hacer ejercicio todos los días

Pasar algún tiempo cada día haciendo algo que realmente disfrute

Pasar tiempo cada día con personas que lo hagan sentir bien consigo mismo y evitar las personas que lo tratan mal.

Tener chequeos regulares con los proveedores de atención médica de su elección (Copeland, s.f. párr. 12)

Por otra parte, The Wellness Toolbox, es una lista de recursos usados para desarrollar el WRAP, la idea que proponen es describir las herramientas que le ayudan a los sujetos a sentirse mejor y a estar bien, algunos ejemplos de cajas de herramientas de bienestar son:

Definitivamente dieta y ejercicio. Como saludablemente la mayoría de días, doy un paseo de una hora el fin de semana, toda caminata es buena. Escucho música relajante cuando encuentro la radio demasiado ruidosa y cuando quiero descansar y relajarme. Escucho afirmaciones positivas: Louise Hay 100 Power Thoughts es uno de mis favoritos, Estos se

pueden comprar en CD. Hago meditación cada noche y bebo té de hierbas. Me tomo el tiempo para ir a un café cada semana. Esto me da una salida social donde puedo conocer gente y también me da la oportunidad de practicar y mejorar mis habilidades sociales en un ambiente relajado. También es una excusa para vestirme y ponerme un poco de maquillaje, que es algo bueno. Tomo tiempo para ver una película o leer un libro el fin de semana. Hago tratamientos de belleza caseros y trata de ser autocompasiva y amable conmigo misma. (Anónimo, citada por WRAP, s.f., párr. 1)

Clases de yoga una vez por semana, amor y sexo, vitaminas y suplementos alimenticios sin gluten, piedras preciosas en mi cuerpo, senderismo, deportes al aire libre, masajes, reflexología, shiatsu, respiración, regar mi jardín, voluntariado, contacto cercano con amigos, manualidades, ganchillo, natación, kayak, grupos de apoyo, feng shui, aprender cosas nuevas, mantenerme alejado de las personas tóxicas, lectura, no hay televisión en mi casa, vapor y natación, chocolate caliente, enchiladas de pollo con frijoles y arroz los viernes. (April Moulds, citada por WRAP, s.f., párr. 4)

También puede encontrarse una caja de herramientas anónima, hecha por un niño que enumera las siguientes actividades que lo hacen sentir bien: “jugar con mi perro y gato, disfrazarme, guardar piedras en mi bolsillo, construir Legos, dibujar montañas con puestas de sol, patear una pelota, acurrucarme con mis padres, montar mi bicicleta, hacer una fortaleza, hacer que mi gato baile, escalar un árbol, leer un libro, correr!” (Anónimo, citado por WRAP, s.f., párr. 7)

En general, las cajas de herramientas de bienestar constituyen un inventario de actividades relacionadas con el cuidado de sí, que ayudan a las personas a estar tranquilos y sentirse bien; como puede verse el ejercicio y la alimentación ocupan un lugar fundamental, pero aparte de saberes expertos como la nutrición es evidente que también acuden a una gran variedad de saberes de Oriente, pese a que no es explícita la forma en la que se acercan a los diferentes tipos de saberes en los que se sustentan sus prácticas.

4.2.2 Cambiar pensamientos negativos por pensamientos positivos

Mary Ellen Copeland PhD, es una autora, educadora y activista en temas de salud mental que durante los últimos veinticinco años ha trabajado en difundir estrategias que a otras personas les ha resultado para sentirse mejor consigo mismas tras experiencias con tratamientos psiquiátricos. Ella plantea que el diálogo interno negativo es a menudo un hábito difícil de romper, que empeora la autoestima de las personas y puede hacer que se sientan mal consigo mismos y propone trabajar en el de forma directa cambiando las declaraciones negativas acerca de sí mismo por positivas, para esto formula lo siguiente:

Comienza este proceso haciendo una lista de declaraciones negativas que a menudo te dices a ti mismo. Algunas de las más comunes son: nadie me quiere, soy feo, nunca hago nada bien, soy un fracaso, soy un tonto, todo el mundo es mejor que yo, yo no valgo nada, nunca he logrado nada que valga la pena, etc. (Copeland s.f: párr. 13)

Una vez el sujeto ha realizado un proceso de identificación de pensamientos negativos recurrentes acerca de sí mismo, debe proceder a regular su forma de pensar y de concebirse a sí mismos, lo cual exige un trabajo disciplinado tendiente a la auto transformación:

A continuación, desarrolla una declaración positiva que refuta el negativo. Por ejemplo, en lugar de decirte a ti mismo: "nadie me quiere" podrías decir, "muchas personas son como yo" Incluso puede hacer una lista de personas que te agraden. En lugar de decir: "Yo soy feo", podrías decir "Estoy bien". Puedes revisar tu colección personal de fotos, encontrar tus favoritas, y verlas a menudo. En lugar de decir: "Yo nunca hago nada bien" podrías decir "He hecho muchas cosas bien." Podrías hacer una lista de cosas que has hecho bien. Ayuda hacer este trabajo en un cuaderno especial o diario.

Cuando hayas desarrollado declaraciones positivas que refuten tus declaraciones negativas, léelas en voz alta una y otra vez a ti mismo. Léelas antes de ir a la cama por la noche y apenas te levantes por la mañana. Léelas en voz alta a tu pareja, un amigo cercano o tu consejero. Pon señales de declaraciones positivas sobre ti y publícalas donde puedas verlas - como en el espejo de tu baño. Luego léelas en voz alta cada vez que los veas. Tú puedes pensar en otras formas de reforzar estas declaraciones positivas acerca de tí mismo. (Copeland s.f: párr. 15)

Copeland además sugiere una serie de acciones tendientes a incrementar la autoestima como: “rodéate de personas positivas y amorosas, viste cosas que te hagan sentir bien, mira fotografías y álbumes viejos, haz un collage de tu vida, gasta diez minutos escribiendo cosas buenas que puedes pensar acerca de ti mismo, haz cosas que te hagan reír y pretende que eres tu mejor amigo” (Copeland s.f: párr. 15). Ella afirma que algunas de estas acciones pueden ser útiles en tiempos determinados, por lo que cada quien es libre de escoger el mejor momento para realizar estas pequeñas tareas y ponerlas en un lugar visible como la nevera para que funcionen como un recordatorio de “quererse a sí mismo”, pues afirma que la autoestima requiere un trabajo permanente que abarca toda la vida de las personas. Se trata entonces de tareas simples que sin embargo apuntan a que los sujetos actúen en la constitución de sí mismos como sujetos capaces de buscar su felicidad siendo independientes de los servicios de la psiquiatría.

En general se trata de la construcción de una nueva subjetividad que parte de una actitud positiva dirigiendo los pensamientos hacia aquello que hace sentir bien a los sujetos y no sobre sus carencias. Las prescripciones se hacen diciéndose al sujeto de una forma personal y amable, refiriéndose siempre al sujeto: “tu puedes hacer, haz, tu...” aparentando no sólo cercanía sino adjudicándole la responsabilidad de su felicidad a través del cambio de pensamientos acerca de su forma de sentir, lo cual requiere un ejercicio permanente y repetitivo que apunte a la felicidad que promueven, que se traduce en “ser quien se quiera ser y hacer lo que se quiera hacer”.

4.3 Prácticas de sí que se sustentan en saberes expertos

4.3.1 Nutrición

Las prácticas relacionadas con la nutrición aparecen con frecuencia en los relatos de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, aunque en la mayoría de los casos las referencias al respecto no son detalladas como puede verse en las historias de varios bloggers de MindFreedom International:

“También ha sido muy importante para mí hacer cosas como regular mi sueño y ejercicio, mientras me mantengo alejada de otras cosas como la cafeína y la comida chatarra” (Harmon 2001)

“En algún momento estuve realmente hundida y finalmente me di cuenta de que iba a estar mejor cuidando de mí misma. Empecé a cuidar realmente mi dieta, eliminando la cafeína, por ejemplo” (Patterson 2001)

Por otra parte, es posible encontrar información de usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría que en la descripción de sus prácticas muestran un mayor acercamiento a saberes de la nutrición, tal es el caso de Monica Cassani, una joven que ha visto el sistema psiquiátrico desde ambos lados: como trabajadora social y como sobreviviente a la psiquiatría y cuya vida se vio severamente afectada por las drogas psiquiátricas, postea en un blog de Mad In America sus críticas acerca del sistema psiquiátrico, así como sobre vías holísticas de curación sin medicamentos. En respuesta a las inquietudes de otros usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría acerca de lo que le ha ayudado a estar mejor, Cassani presenta un protocolo detallado de sanación que incluye el asunto de la nutrición como un aspecto esencial dentro de su proceso de recuperación:

Mi dieta ha estado en constante evolución desde hace muchos años y he aprendido a experimentar y escuchar cómo lo que pongo en mi cuerpo me afecta. Lo que es óptimo para mí es cambiar diariamente. Ha sido muy importante que yo esté dispuesto a hacer cambios radicales, incluso en el momento. Esos cambios para mí, sin embargo, llegaron lentamente y en pequeños pasos al principio. Cuanto más me ponía en sintonía con mi cuerpo, más cosas quedaban claras. Pero sin duda involucré muchas curvas empinadas de aprendizaje. Yo siempre recomiendo paciencia y la voluntad de tomar pasos de bebé cuando se trata de la dieta. También mis necesidades continúan evolucionando y cambiando, así que es una aventura diaria. He hecho varias dietas de eliminación con los años. Actualmente no como gluten, lácteos, soja. Yo sólo como azúcar por medio de frutas enteras y verduras. Y debido a mis problemas de histamina, tengo otras limitaciones un tanto extrañas, pero en la medida en la que sano cada vez se convierten en una menor carga (Cassani, 2014, párr. 8)

El fragmento del blog de Cassani incluye el link a dos artículos en los que apoya sus argumentos, y que están sustentados en el saber experto de la nutrición, el primero de ellos habla acerca de la relación entre la intolerancia a la histamina y algunas alteraciones mentales como la ansiedad y los ataques de pánico, así como la asociación entre la alta

ingesta de carbohidratos y la depresión; y el segundo, aborda la importancia de la nutrición y la salud intestinal para lograr el bienestar mental.

Además, su narración denota un conocimiento específico de sí misma acerca de su cuerpo y los alimentos que la ayudan a sentir mejor. Laura Delano, una blogger que estuvo catorce años en el sistema de salud mental, también resalta la importancia de saber qué tipo de comida es la ideal de acuerdo a sus necesidades particulares en el proceso de liberarse de las etiquetas y las drogas psiquiátricas, resaltando la importancia del conocimiento de sí, tal como se ve a continuación:

Mi filosofía general es escuchar a mi cuerpo. Aunque estoy cerca de mi quinto año de curación de las drogas psiquiátricas, todavía hay algunas cosas confusas que suceden en mis entrañas, con mi piel, mi tiroides, mis glándulas suprarrenales, mi sistema nervioso central, y mi equilibrio hormonal en general. Pero en comparación a donde yo estaba en el primer, segundo y tercer año de vida post psiquiatría, esto es como un paseo en el parque. Y mi cuerpo se está recuperando más y más cada día, sobre todo a medida que aprendo cómo escucharlo mejor. Por lo tanto, lo que funciona para mí, no siempre funcionó para mí- las cosas cambian a menudo- y lo que funciona para mí muy bien, podría no trabajar para otra persona. Escucha lo que tu cuerpo te está diciendo, porque es sabio (Delano L., 2015: párr.1)

Por otra parte, el saber en el que sustenta sus prácticas es producto de un rastreo en medios realizado por ella misma (fruto de su desconfianza en la medicina tradicional) a fin de encontrar productos alimenticios que le sean funcionales:

Los recursos y enlaces que encontrará a continuación son lo que actualmente utilizan o han utilizado en los últimos cinco años para facilitar mi proceso de curación. La mayoría de estos productos que encontré a través de hacer mi propia investigación acerca de las toxinas, productos químicos, los efectos iatrogénicos de medicamentos psiquiátricos, y la manera de curarse a sí mismo sin la medicina convencional (Delano L., 2015: párr.1)

En el blog de Delano, no solo llama la atención que la construcción del saber para actuar sobre su propio cuerpo parta de información encontrada en internet, pues esto exalta la facilidad con la que cualquier puede acceder a saberes cuyo objeto de estudio con anterioridad era propiedad exclusiva de la medicina, sino que presenta una serie de productos alimenticios y marcas específicas, que parecen ser los patrocinadores de su

página en internet, que vendría configurándose como una relación comercial entre ellos. La autora especifica en su blog:

Tenga en cuenta que si usted compra cualquiera de los productos de Amazon cuyo hipervínculo he puesto aquí (así como cualquier otra compra de Amazon hecha después de seguir mi enlace a Amazon), me ayudará a mí y apoyará mi trabajo aquí en Recovering from Psychiatry ! Gracias de antemano.

Ella presenta un protocolo detallado de los alimentos que la ayudan a controlar algunas de las consecuencias negativas de haber consumido medicamentos psiquiátricos durante varios años y que se relacionan con su hipotiroidismo:

He aprendido que los alimentos con bociógenos pueden interferir con la producción de hormonas tiroideas. Estos incluyen brócoli crudo, coliflor, col rizada, espinacas, rábanos, soja, cacahuetes, piñones, melocotones y mijo. Cocinarlos aparentemente neutraliza este problema. No más batidos crudos para mí!

Los alimentos ricos en tirosina son importantes, ya que combinan el yodo para producir las hormonas tiroideas. Estos incluyen el pescado, lácteos, avena, semillas de sésamo, plátanos, aguacates, y las almendras. (Tengo otros problemas con los productos lácteos, por lo que actualmente no los estoy comiendo.)

Los mariscos, productos lácteos, huevos o carne son esenciales para el zinc y vitamina B12. (Actualmente estoy evitando los productos lácteos debido a otros problemas intestinales iatrogénicas, y aunque también he tenido problemas intestinales / bacterianas conectados a la carne roja, me parece que me da fuerza, por lo que continuaré comiéndola.)

Coma muchas hierbas crudas como el perejil para la vitamina C. Incluya verduras ricas en betacaroteno, como la calabaza.

Coma algas. Yo como Mar Snax (sin colores artificiales, sabores o conservantes y alto contenido de vitaminas (B1, B6, C), proteína vegetal, fibra, hierro y otros minerales y oligoelementos)

Coma alimentos ricos en selenio, especialmente las nueces de Brasil. El selenio ayuda apoyo eficiente síntesis de la hormona tiroidea y el metabolismo, y es esencial para la conversión de T4 a T3. Yo como 1-2 nueces de Brasil cada día (Delano, 2015: párr. 4)

Tanto el relato de Delano como el que sigue a continuación, es evidente que las prescripciones están fuertemente arraigadas en el saber experto de la nutrición, aunque las fuentes a las que acuden en busca de información sean distintas.

Bhargavi V. Davar, PhD en Filosofía de la Psiquiatría, está muy involucrada en la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría. Ella experimentó desde su niñez internamiento en hospitales mentales y tratamiento de shock, y a partir de dichas experiencias se convirtió en una activista en su país de origen: India. Ella trabaja con una fuerte identidad como sobreviviente en la generación de alternativas a la psiquiatría para el tratamiento de lo que pueden ser considerados como desórdenes mentales incluso severos:

Bhargavi Davar, conocedora del arte médico hindú, hace hincapié en el rol fundamental de la alimentación, y recalca, p.ej. la importancia de un "*golpe de glucosa*" (aumento en los niveles de glucosa después de consumir azúcares simples en cualquiera de sus formas) en caso de estados de ánimo cambiantes y la necesidad de una adecuada combinación de carbohidratos complejos y proteínas. Cuando se trata de vencer síntomas depresivos, es fundamental el aporte suficiente de ácidos grasos omega 3, de vitamina B12, ácido fólico, zinc y otros micronutrientes. (Davar citada por Lehmann 2013: párr. 6)

Por otra parte, las prácticas que se presentan a continuación están sustentadas en saberes de la nutrición, pero tienen la particularidad que son prescritas no por un individuo sino por alguna organización asociada a la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría y están enfocadas principalmente en presentar a los lectores estrategias de alimentación que les ayuden a sentirse mejor.

MindFreedom International y The Icarus Project en su Guía de reducción del daño: Discontinuación, proponen lo siguiente:

La nutrición puede desempeñar un papel enorme en la estabilidad mental y en la salud general. Explora a qué alimentos puedes ser alérgico, por ejemplo al gluten y a la leche, y considera tomar suplementos que muchas personas han encontrados útiles para nutrir el cerebro y el cuerpo, por ejemplo vitamina C, el aceite de pescados/los ácidos grasos esenciales, vitaminas B y D, aminoácidos (como GABA y 5-HTP, tirosina y teanina), y

probióticos para restaurar la salud intestinal. Ten cuidado con dietas veganas o vegetarianas, puede ayudar o puede debilitar y confundirte. Algunas personas son sensibles a los edulcorantes artificiales como el aspartamo o la sacarina o a conservantes y otros productos químicos presentes en alimentos procesados. Aprende sobre el índice glicémico si el azúcar en tu sangre es inestable. Si tomas hierbas o drogas médicas para enfermedades físicas, consulta con un herbalista sobre interacciones con suplementos, especialmente si estás embarazada o amamantando (Hall 2012: 40)

Las prescripciones de esta guía, por una parte invitan a los lectores a explorar su alimentación en función de lo que les es útil según sus particularidades y también a que adquieran conocimientos acerca de la influencia de los alimentos en la salud mental, de tal forma que puedan gestionar sus propios riesgos, administrando mejor sus pensamientos y sentimientos a partir del cuidado del cuerpo, esto se evidencia en el siguiente fragmento que trata además el tema del consumo de alcohol y otras sustancias:

Considera dejar las drogas recreacionales y el alcohol. Algunas personas son más sensible que otras, así que lo que afecta a tus amigos de una manera, puede afectarte más fuertemente. Abstenerte de las drogas y el alcohol puede mejorar dramáticamente tu bienestar mental. Incluso drogas más suaves como la marihuana y la cafeína pueden minar la salud, la estabilidad y el sueño de algunas personas. El azúcar (incluyendo jugos dulces) y el chocolate pueden también afectar el humor y el bienestar. Algunas personas incluso tienen reacciones a los niveles de azúcar o de cafeína en la sangre que son confundidas con psicosis o trastornos mentales (Hall 2012: 39).

En el caso de Mind, una organización promovida por MindFreedom International a través de su página de internet, que tiene Influencia en Inglaterra y Gales, y busca brindar asesoría y apoyo para promover conciencia y entendimiento en personas que experimentan problemas de salud mental, respecto al tema de la nutrición, invita a sus lectores a explorar la relación entre lo que comen y cómo se sienten, e incluyen tips para incorporar la alimentación saludable en sus vidas, partiendo de una serie de preguntas que invitan al sujeto a reflexionar sobre la forma como se cuidan a sí mismos: “¿Con que regularidad comes?, ¿obienes tus cinco comidas al día?, ¿te mantienes hidratado?, ¿estás comiendo las grasas adecuadas?, ¿cómo se está sintiendo tu intestino?, ¿estás comiendo suficiente proteína?, ¿estás tomando suficiente cafeína?, ¿estás tomando medicación?” (Mind 2015a: párr. 1)

En cuanto a los *típs* que proponen, se enfocan en mostrar las propiedades de los alimentos que afectan negativa o positivamente el estado de ánimo, exponiendo una relación directa entre la alimentación y los sentimientos y pensamientos, como por ejemplo:

“La proteína contiene aminoácidos, que componen los productos químicos que tu cerebro necesita para regular tus pensamientos y sentimientos [...] Si tú no bebes suficiente agua, puede que te resulte difícil concentrarte o pensar con claridad. También puede ser que comiences a sentir estreñimiento (que no pone a nadie de buen estado de ánimo) [...] Si tu nivel de azúcar en la sangre se baja es posible que te sientas cansado, irritable y deprimido [...] Tu estado de ánimo está íntimamente conectado a tu intestino, no sólo por comodidad física, sino también porque tu intestino utiliza muchos de los mismos productos químicos del cerebro, y se comunica con él [...] Algunos alimentos pueden ser peligrosos si tú estás tomando ciertos medicamentos psiquiátricos. Por ejemplo: si estás tomando un IMAO (un tipo de antidepresivo) debes evitar comer cualquier cosa que haya sido fermentada, encurtida, curada o madurada. Esto es porque cuando la comida se expone al aire, una sustancia llamada tiramina se eleva a niveles altos, y la interacción entre la tiramina y estos medicamentos puede ser muy peligrosa. Si estás tomando litio, tendrás que tener mucho cuidado con la cantidad de alimentos salados y líquidos en tu dieta. Esto se debe a que la cantidad de sal y líquidos en tu cuerpo puede afectar tu nivel de litio, y si tu nivel de litio es demasiado alto, puede ser muy peligroso” (Mind 6 de agosto de 2015b).

También invitan a los sujetos a buscar información por su cuenta, práctica que como habíamos visto en los relatos individuales es habitual en el proceso de acceder a saberes expertos como la nutrición: “Sea cual sea su dieta, ¿por qué no hacer un poco de investigación de otros alimentos que contienen proteínas, y encontrar algo nuevo que probar?” (Mind 6 de agosto de 2015a)

Si bien internet constituye una fuente de información útil sobre nutrición a la que los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría pueden acudir en busca de alternativas a la psiquiatría para actuar sobre sus propios cuerpos en busca de bienestar físico y mental, esta opción para acceder a saberes expertos también constituye un riesgo, pues así como puede encontrarse información fidedigna desde la comodidad de la casa y con el plus que se ahorra tiempo, dinero, y ofrece privacidad, también hay que poner en consideración que cualquiera puede subir información en pro de beneficios personales o cuyas bases son pocas confiables.

Como una manera de minimizar los riesgos en cuanto a la confiabilidad de la información disponible sobre temas de nutrición, Mike Adams, un blogger de MindFreedom International quien difunde sus investigaciones en temas de salud natural a través de “Consumer Wellness Center” una organización sin fines de lucro, sustenta sus escritos basándose en estudios con una base científica, a lo cual atribuye la fiabilidad de la información:

Un nuevo estudio publicado en el 15 de febrero de 2005 de Psiquiatría Biológica demuestra que ciertos alimentos son mejores para el tratamiento de la depresión que los fármacos antidepresivos. El estudio encontró que los ácidos y los alimentos altos en un compuesto llamado uridina grasos omega-3 fueron capaces de reducir los síntomas de la depresión, de manera similar o mejor que tres fármacos antidepresivos diferentes que se probaron. Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital McLean, que está afiliada a la Universidad de Harvard. Es muy emocionante ver este tipo de estudios, ya que muestra aún más evidencia científica de los efectos curativos de alimentos, así como la inutilidad relativa de los medicamentos con receta.

Con base en los resultados de este estudio, parece una tontería que alguien pudiera seguir utilizando los fármacos antidepresivos para tratar la depresión, cuando hay alimentos simples curativos disponibles que hacen un mejor trabajo. Esto es especialmente cierto cuando se consideran los efectos secundarios potencialmente peligrosos de los fármacos antidepresivos que ahora están saliendo a la luz, incluyendo un mayor riesgo de suicidio, comportamiento violento, y otros actos similares de agresión” (Adams 2015)

Esta última aseveración, pone en evidencia el surgimiento de ramas alternativas de la psiquiatría, como la psiquiatría biológica a la que alude Adams, que están en busca de nuevas prescripciones para sus usuarios, lo cual podría estar relacionado también con la creciente información disponible en los medios sobre los efectos negativos de los tratamientos de la psiquiatría tradicional; al recurrir a evidencia científica, se provee al contenido de estas prácticas de un status de verdad.

Además la asociación entre la alimentación y la salud mental, es un aliciente para asumir la responsabilidad de estar “mentalmente sanos” pues cada quien tiene el poder de evitar los alimentos malos y por lo tanto los hace capaces de liberarse de la inestabilidad mental

que produce la medicación psiquiátrica que pretende curar la locura, y de los malos hábitos alimenticios que influyen en ella.

4.3.2 Psiquiatría en cuestión por la ciencia

Algunos usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría hacen uso del saber de la psiquiatría en oposición a la misma, piensan sus contraconductas a partir del cuestionamiento del saber científico de la psiquiatría precisamente basándose en argumentos de la ciencia.

Tal es el caso de Steve Morgan quien cuestiona el status científico de la psiquiatría partiendo de los mismos parámetros para calificar algo como científico:

¿Qué queremos decir cuando decimos que alguien tiene una enfermedad mental? Si vamos a tomar la frase literalmente, nos referimos a que la mente de alguien está enferma. Pero ¿puede estar una mente enferma? Para creerlo, uno tendría que hacer dos supuestos graves: uno, que la mente es un objeto tangible con límites discretos, y dos, que la salud de ese objeto se puede medir. Ambas suposiciones son incorrectas. Desde que no exista nada llamado mente que pueda examinarse bajo un microscopio, la antigua suposición es errónea. La mente no es un objeto. De ello se desprende que este último supuesto también está mal porque solo se pueden medir objetivamente objetos con límites discretos. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que la enfermedad mental en sí misma - la idea de que una mente esté enferma, es en realidad un error categórico, como decir que el cielo está enfermo o que el color verde es saludable. No hay tal cosa como una enfermedad mental, excepto por la metáfora (Morgan 2012).

Morgan cuestiona específicamente la rama de la biopsiquiatría que proclama su capacidad de encontrar pronto una tecnología para evidenciar la existencia de trastornos mentales a partir de la neurología, y la forma como se opone a estas aseveraciones es citando artículos de más de 25 años en los que se afirma que la psiquiatría estaba en el umbral de convertirse en una ciencia exacta, precisa y cuantificable como la genética molecular, y para ello expone el caso de la homosexualidad que en cierto momento fue catalogada como una enfermedad cerebral diagnosticable legítimamente y al respecto afirma que en la homosexualidad lo que ha cambiado son los valores sociales

Incluso si un día un psiquiatra le puede mostrar que una parte de su cerebro es diferente a todos los demás esto no significa que su cerebro está enfermo. Dado que el cerebro es la casa física primaria de la mente, es probable que cualquier experiencia consciente corresponda con ella. Por ejemplo, la experiencia del amor hipotéticamente podría ser correlacionada con la biología en su cerebro tanto como la experiencia de escuchar voces. Pero lo que constituye la enfermedad es definida culturalmente, por lo que no se puede aislar el amor en el cerebro y diagnosticar personas que tienen trastorno de amor (Morgan 2012).

Por su parte Lucy Johnstone, es una escritora de Mad in America¹⁰, quien reflexiona acerca de los desafíos de trabajar dentro de los servicios fundamentados biomédicamente, por lo que propone la sustitución del diagnóstico psiquiátrico con un enfoque basado en la exploración personal en contextos relacionales y sociales. Ella discute el status de la psiquiatría como ciencia a partir de la carencia de métodos definidos como científicos, en tanto basados en la evidencia para acceder al conocimiento:

Es importante darse cuenta de lo mucho que está en juego. El diagnóstico psiquiátrico sustenta todo el modelo, fundamentado biomédicamente, de salud mental. Cualquier ciencia tiene que ser capaz de demostrar que se basa en un sistema de clasificación válido y fiable, con el fin de desarrollar hipótesis comprobables y por lo tanto las leyes generales que constituyen un cuerpo de conocimiento científico. Si esto no se puede establecer, todo el modelo se rompe y otras funciones, todas de la psiquiatría - que indican el tratamiento, que llevan a cabo, la investigación y así sucesivamente - se verán afectada fundamentalmente. En palabras de Peter Breggin (1993), la psiquiatría se convertiría entonces en 'algo que es muy difícil de justificar o defender'. Una especialidad médica que no trata enfermedades médicas ' Y, por supuesto, muchos otros intereses personales, profesionales y empresariales dependen del sistema tal como es (Johnstone 2013)

¹⁰ Mad In America es una organización de usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría que ofrece noticias, recursos, blogs, foros y una comunidad en internet para personas interesadas en el replanteamiento crítico de la atención de salud mental en los EE.UU. y en el extranjero.

Philip Hickey, un blogger de Mad in América, también debate que la única evidencia de la enfermedad sea el mismo comportamiento que pretende explicar, a diferencia de los diagnósticos de la medicina que sí tienen una enfermedad real detrás de los síntomas:

...en realidad, el lenguaje causal impregna DSM-III, IV, y 5. En casi todas las secciones del DSM-5, uno puede encontrar cláusulas de exclusión como: "La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental," la clara implicación es que los trastornos mentales se presentan como las explicaciones de los problemas enumerados en los grupos de criterios (Hickey 2014).

Para estos sujetos, cuestionar la base científica del saber bajo el que fueron diagnosticados, posibilita el desprendimiento de la etiqueta como enfermos mentales, dado que despojan de validez los argumentos que precisamente los llevaron a considerarse a sí mismos como sujetos enfermos en cierto momento de sus vidas, y a partir de esto confieren mayor valor a otras explicaciones sobre sus estados extremos.

4.4 Saberes orientales

En las historias de usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría puede hallarse toda una matriz de saberes orientales que tienen como objeto el cuerpo y la mente y tienden a la configuración de un sujeto sano. Dentro de las técnicas a las que recurren las más habituales son el yoga, la meditación, la acupuntura y la medicina herbolaria. Estos saberes funcionan como discursos legitimadores de prácticas alternativas a las provenientes de saberes occidentales como la psiquiatría, cuyo mayor valor, para los ex usuarios y sobrevivientes, es que acuden a lo natural como algo asociado a lo saludable, en oposición a lo sintético, considerado perjudicial de los medicamentos psiquiátricos.

Una de las prácticas más habituales es el yoga, y en sus relatos puede identificarse que el fin específico que los conduce a esta práctica está asociado a alcanzar un estado saludable, además resaltan las bondades de esta técnica para actuar sobre pensamientos

y emociones, tal y como lo presentan algunos sujetos en foros y blogs de organizaciones adscritas a la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría:

Yoga - Yo practico todos los días en casa en cualquier lugar de 5 minutos a una hora, a veces esa hora se divide en varias mini sesiones. Escucho a mi cuerpo y hago lo que necesita, como lo necesita. Tomo clases de yoga en la comunidad de 1 a 3 veces a la semana. He encontrado un estudio que es muy respetuoso de mi proceso, por lo que a menudo dejo las clases antes de que se terminen. Yo pongo mi estera en la parte posterior cerca de la salida y salgo en silencio cuando mi sistema nervioso ha tenido suficiente. Esto es muy importante ya que el yoga es potente y sentirme mejor y saludable ha requerido de aprendizaje para responder con mucha atención a las necesidades de mi cuerpo. Así que, sí, incluso se puede hacer demasiado yoga...Además, medito diariamente. Varía la cantidad porque está perfectamente integrado en mi vida en este momento. La meditación es la práctica de aprender a prestar atención. Eso es todo (Cassani 2014)

El yoga me ayudó a explorar y volver a conectarme con el cuerpo que había abandonado y maltratado por años. Mi dolor y tristeza me tenían viviendo exclusivamente en mi mente, mi cuerpo no es más que un campo de batalla para mis guerras internas. A través del yoga y meditación, poco a poco empecé a amarme a mí misma de nuevo, aprender a tratarme con cuidado y respeto. Sentí un mayor sentido de conciencia de mí mismo, y un sentido de conexión con algo más grande. Este fue un cambio drástico para los días en que me sentí como si Dios se hubiera olvidado de mí, o como si yo fuera un error en este mundo. (Bryant 2015)

A través de esta técnica, los sujetos participan en su propia regulación pues su práctica exige un control de acciones sobre sí mismo, tendientes a la configuración de un sujeto capaz de manejar mejor sus emociones, de evitar crisis, un sujeto inconforme con la psiquiatría tradicional que busca liberarse de la misma.

La acupuntura también es una técnica a la que los usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría recurren con el fin de mejorar el flujo y equilibrio de energía, estimulando puntos específicos del cuerpo y de esta manera lograr cierto estado de bienestar, los relatos de los sujetos al respecto aparecen con frecuencia en los foros y en general son bastante entusiastas y destacan la forma como esta técnica puede incidir positivamente en el manejo de emociones y la clarificación de pensamientos:

Acabo de tener mi primera sesión de acupuntura y - fue - ¡increíble! Yo realmente no tenía expectativas, porque había oído que algunas personas sienten algo la primera vez y otras

personas no lo hacen. Pero mi médico me dijo que iba a hacer algunos puntos para el "trauma" antes que nada porque a pesar de que he estado saludable, en los últimos 6 años he pasado por muchas cosas. Todo lo que puedo decir es que experimenté la belleza casi tan pronto como me pusieron las agujas. Mi mente comenzó a pensar positivamente, experimenté claridad, y desde que empecé este tratamiento he estado bebiendo menos vino y café, tanto que he estado haciendo ejercicio y siento como las telarañas de mi cerebro se han borrado. Había sentido curiosidad por la acupuntura, pero nunca había escuchado que funcionara para problemas emocionales. Estoy tan feliz con la cita, que me siento mucho más positiva y congruente (Coelbren, abril 8 de 2006)

Por otra parte también destacan como una ventaja, el que este tipo de técnicas no etiquetan a los sujetos como enfermos, sino que simplemente actúan sobre el cuerpo para afectar positivamente

Tengo toneladas de experiencia con la acupuntura como mi atención primaria en salud por más de 20 años...en la medicina china nunca le dirían a una persona que es "maníaco" o lo que sea, simplemente dirían algo acerca de la excesiva yang o el calor, o describen estas y otras cosas en términos de deficiencia o exceso. Ellos simplemente trabajan para balancear la energía interna. En general he utilizado la acupuntura (semanal o quincenalmente) como reemplazo de los estabilizadores del estado de ánimo y otros medicamentos (Inel 2006)

Además sugiere a otro usuario: "Si quieres empezar a conocer un poco sobre esto, puedes empezar a buscar en tu lengua, podrás ver el calor a través de manchas rojas o amarillas, es probable que hayan algunas cosas de diagnóstico de lengua en la web,, es genial que tienes acceso a algo de acupuntura" (Inel 2006). Entonces un gran mecanismo para acceder al saber que sustentan estas prácticas, es a través de la búsqueda autónoma en internet además de la consulta con otros usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría acerca de su experiencia personal con el uso de estas técnicas.

La forma como los usuarios acceden a estos saberes orientales es con frecuencia a través de la búsqueda en internet, de hecho en los foros de distintas organizaciones adscritas a la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, aparecen innumerables links de videos en youtube que ellos se recomiendan entre sí: "Yo siempre uso el Internet liberalmente cuando estoy aprendiendo cosas nuevas (google es tu amigo). Así que he metido retazos de información en muchos lugares" (Cassani 2014)

Las formas en que los sujetos experimentan su propia realidad están inextricablemente relacionadas con su entorno y con las líneas de fuerza que aíslan sus pensamientos y comportamientos para etiquetarlos como enfermos; en respuesta a esto, los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría inventan e implementan prácticas de autogobierno que les permitan en cierta forma liberarse del poder que ejerce la psiquiatría sobre ellos, para de esta manera ser capaces de asumir su locura en la forma en la que desean vivirla, minimizando así el riesgo que implica su forma particular de experimentar sus realidades distintas en un campo social donde se tienden a patologizar los estados extremos.

Al analizar la forma como ha operado el saber-poder sobre los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría y los efectos que ha generado en la forma en la que se relacionan consigo mismos y con los demás, es posible identificar en sus relatos- que aunque se rebelan contra los procedimientos puestos en marcha por la psiquiatría para conducirlos supuestamente como seres normales- sus prácticas de autotransformación cuyos fines son distintos a los de la psiquiatría tradicional, ayudan a minimizar su afectación del orden social.

5. Reflexiones finales y recomendaciones

5.1. Reflexiones finales

Las rupturas respecto a las formas como el saber-poder ha operado sobre los individuos considerados como enfermos mentales desde la perspectiva de la psiquiatría, plantea el desafío de crear nuevas categorías para pensar la locura hoy, los ex – usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría trazan el reto de salir fuera de sí: de lo que se supone que son, de lo que su contexto social exige que sean, e incluso de lo que desean ser.

Partiré entonces de un desafío propio, aclarando que no se trata de decir la verdad sobre mí, más bien, el decir que fui víctima del poder psiquiátrico tiene un propósito ético y político, pues no sólo cuestiona la forma en que hablar de experiencias que pueden ser etiquetadas como locura pareciera relacionarse con algo negativo en la modernidad; sino que me permitió acercarme a una comprensión acerca de la forma como se fabrican los sujetos locos hoy, y así, en cierta medida politizar la forma en la que nos gobiernan en la contemporaneidad.

Lo anterior se relaciona con un hecho que llamó mi atención durante la investigación: la ausencia de relatos de ex – usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría en Colombia, en oposición a la gran cantidad de información contenida en historias de miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría de otras partes del mundo, incluso de Latinoamérica, y que también pude evidenciar en una entrevista realizada a Salam Gómez, codirector de la RMUSP, quien en referencia esto manifestó:

“no hablan y los que lo hacen, lo hablan desde lo médico, lo hablan desde el diagnóstico y el medicamento, y páralo de contar, pero no te dicen mira es que estoy estudiando, estoy trabajando, cómo es mi relación con mi pareja si tengo pareja, como es mi sexualidad, como es tal cosa, no: eso es tabú absoluto, es más tú vas a un grupo de apoyo y te dicen aquí no

se habla de sexo, no se habla de religión, no se habla de política, no se habla de nada, es solo un tema de autocompasión”

Por lo que podría pensarse que en nuestro país prevalece la figura del paciente en el contexto de la salud mental, y los intentos de organización parten de una agrupación según diagnósticos (esquizofrenia, bipolares, etc) y tienden a alinearse con la atención primaria en salud, lo cual les permite alejarse del encierro sin romper completamente las líneas de fuerza de sujeción a la psiquiatría; por su parte, los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría llevan a cabo sus prácticas para transformar su relación con la psiquiatría y consigo mismos de forma aislada, en oposición a otros países en los que se puede ver una organización importante de sujetos que piensan sus contraconductas a la psiquiatría de forma comunitaria. Además, llama la atención la falta de sistematización de experiencias de los individuos más cercanos a Fundamental Colombia que es la única organización adscrita a la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría.

Considero que lo anterior, podría estar relacionado con las dificultades que implica el dejar de “ser paciente”: un sufriente, con un rol pasivo que no participa en las decisiones para recuperar su salud, porque de alguna manera la psiquiatría podría configurarse como zona de confort en tanto el sujeto solo espera y soporta su situación mientras el médico lo diagnostica y toma las medidas que considera pertinentes al respecto. Cuando un sujeto está atravesando estados extremos que comúnmente son catalogados como locura, en un principio podría ser un alivio encontrar en el psiquiatra alguien aparentemente capaz de explicar y aplacar dichos estados a partir de su saber médico científico, el problema surge a partir del descubrimiento por parte de algunos sujetos, acerca lo problemático de los tratamientos de la psiquiatría y su ineficacia real para el retorno a la vida antes de la aparición de los síntomas, pues es ahí cuando el sujeto pasa de tener una explicación de su locura en la que no era culpable ni debía decidir al respecto (porque otros lo hacían por él) a tener que explorar alternativas para lograr cierto bienestar, entonces surge el reto que implica liberarse de la psiquiatría: por una parte asumir el “haber estado loco” y por otra parte hacerse responsable de sus estados extremos.

Dejar de ser paciente para convertirse en usuario y sobreviviente, podría ser tan liberador como angustiante, pues implica una tarea permanente de vigilancia sobre sí mismo, de conocerse y de explorar alternativas a la psiquiatría, que si bien existe una gran cantidad

de prácticas fuera de esta corriente y gran información disponible acerca de estas, es tarea del sujeto encontrar lo que le es útil a él, de acuerdo a sus particularidades. En razón de lo expuesto, creo que por eso muchos siguen siendo pacientes, porque si bien no es deseable ser un paciente y menos un paciente psiquiátrico, al menos tienen una respuesta a sus estados en los que comparten la responsabilidad de su tratamiento con alguien que ha adquirido un saber específico para ello, y además, los profesionales, los medicamentos y las instituciones de la psiquiatría se convierten en una herramienta para las familias de los pacientes que encuentran allí una estrategia para sobrellevar la locura, en la que su participación no requiere de grandes esfuerzos, pues dejan todo en manos de las instituciones.

Para los sujetos que se han configurado a sí mismos como usuarios, ex usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, hablar de sus estados extremos tiene siempre el riesgo de parecer alguien cuyos comportamientos no sólo distan de los estándares socialmente aceptables, sino que también se resiste a asumir el tratamiento convencional para la locura, por lo que no sólo sus comportamientos serían particulares, sino también su forma de ver y de relacionarse con el mundo, entonces deben ocuparse del “estar loco, o haber estado loco” en un contexto social en el que es complicado aceptar connotaciones positivas acerca de la locura.

Podría creerse que lo que inquieta a las personas que rodean a los locos es un sentimiento de inseguridad producido porque su comportamiento no puede ser predecible, no se ajusta a la norma, y hay una tendencia a referirse a la locura para representar acciones incorrectas o aparentemente inexplicables frente a los ordenamientos sociales dominantes.

Es así como tildamos de locura cualquier comportamiento que no podemos explicar, que es distante de valores morales que hemos introyectado; si por ejemplo vemos en el noticiero que una madre envenenó a sus tres hijos y luego se suicidó, entonces con frecuencia escuchamos que remiten a una locura en aquella madre, pues ¿quién en sus cinco sentidos haría algo así? Y es así como se perpetúa la idea del loco como sujeto peligroso. Allí aparece el lenguaje como factor configurador de elementos que cargan el

constructo social y a partir de este se validan o desvirtúan con cargas de bueno o malo las acciones particulares del individuo, para el caso, los comportamientos extremos de los pacientes se catalogan de malos o nocivos, y al parecer como inexplicables.

En el proceso de revisión documental, una de las cosas más interesantes que hallé en las historias de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, es que no sólo fueron capaces de reflexionar acerca de la forma como habían sido constituidos en sujetos locos a partir del saber de la psiquiatría (porque hay muchos que simplemente aceptan sin cuestionarse nunca acerca de las líneas de fuerza que los configuran) sino que no se percibe una victimización por sus experiencias negativas con la psiquiatría, más bien, presentan una denuncia frente a estas y una especie de orgullo loco que aparece con regularidad en sus relatos, solo partiendo de esto, ya están revirtiendo los efectos del saber-poder que había operado sobre ellos como sujetos enfermos.

En relación a lo anterior, la búsqueda e invención de alternativas a la psiquiatría por parte de los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría, permite esbozar lo que podría llamarse una crisis de la psiquiatría, que tendría que ver con dos asuntos fundamentales: por una parte con la excesiva medicalización de problemas de la vida cotidiana, con una tendencia a catalogar situaciones como médicas que son más bien sociales, como si se tratara de enfermedades que necesitan ponerse en manos de profesionales de la salud. evidencia en la gran cantidad de manifestaciones de sufrimiento humano recogidas en grupos de síntomas en el DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que ayudan a imponer de alguna manera valores sociales de un grupo dominante: formas de expresarse, creencias, distribución de horarios, comidas apropiadas, modos de comportamiento, etc, calificando estados particulares de ánimo y formas de asumir la vida como trastornos; y en segundo lugar, con los cambios en la demanda de servicios en temas de salud mental que se oponen a la mirada reduccionista de la psiquiatría, que se centra en lo biológico y apunta a la eliminación y el control de síntomas, lo cual conlleva a la búsqueda de nuevas formas de gestionar la enfermedad.

La generación de modos alternativos de lidiar con estados extremos que comúnmente son catalogados como locura, es una respuesta y a la vez una causa de la crisis de la psiquiatría, pues los usuarios, ex usuarios y sobrevivientes tras haber experimentado en carne propia los efectos del saber-poder de la psiquiatría para configurarlos como sujetos

enfermos, son capaces de evaluar los beneficios y riesgos de las prescripciones médicas y tomar sus propias decisiones; luego de haber notado que los locos son la razón de ser de muchos profesionales y de la industria farmacéutica, y de haberse cuestionado acerca del significado de ser paciente, ser normal, ser enfermo, etc., advierten la ausencia de bondad en las prescripciones de la psiquiatría, apuntándole a prácticas alternativas.

Sin embargo, la mera experiencia negativa con la psiquiatría no es la única condición para decidir dejar de ser paciente, es el cambio de percepción acerca de estas experiencias lo que hace resignificar la locura; no se trata de cambiar la versión acerca de lo vivo, sino de comprender las experiencias de una manera distinta, y esto es un proceso en el que el sujeto hace un ejercicio de redescibirse y así cambiar o hallar el sentido de los acontecimientos, para transformar la relación con sí mismo y su entorno. Creo que un aspecto muy importante en este proceso de resignificación de la locura, es el acceso a información, porque el entrar en contacto con personas con perspectivas distintas a las de la psiquiatría y que han probado otras alternativas y dan testimonio de su efectividad para ellos, posibilita una mirada distinta acerca de lo que es aceptable y adecuado para el tratamiento de los estados por los que fueron etiquetados como enfermos mentales, abriendo un mundo de alternativas frente a algo que anteriormente parecía sólo tener una explicación y una cura a través de la psiquiatría. En razón de lo expuesto, otras variables sociales como raza, género, condición económica, etc. tendrían una connotación importante en tanto condicionan no sólo la oportunidad de acceso a la información, sino el horizonte desde el cual se fijan dichas resignificaciones acerca de los procesos salud/enfermedad.

En ese sentido, considero que otro asunto importantísimo que se evidencia en los relatos de los usuarios, ex usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, es el carácter pluralista de las prescripciones de la Red, que permiten un amplio campo de autonomía por parte de sus miembros en el tipo de prácticas que llevan a cabo. A través de estas prácticas que se ajustan a sus realidades y necesidades particulares, efectivamente consiguen una autotransformación y muchos de ellos, incluso luego de haber sido etiquetados como enfermos mentales incurables, declarados como incapaces, y destinados a depender de otros y a consumir medicamentos psiquiátricos para el control de sus síntomas por el resto

de sus vidas, logran derogar la etiqueta que les fue impuesta, aprenden a autogestionar sus riesgos, a controlar lo que les genera malestar y configurar una forma particular de abordar la vida, que les genera más bienestar que cuando intentaban enmarcarse en los estándares de normalidad, convirtiendo su locura en una experiencia positiva. Lo interesante de lo expuesto es que los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría se vuelven partícipes de su propia regulación, porque aun cuando no abandonan sus singularidades, el ejercicio de sus prácticas de conocimiento de sí y de autogobierno confluye en la prevención de crisis y la reducción de la alteración del orden en el contexto social en el que se encuentran inscritos.

Finalmente, creo que las formas en las que los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría dan sentido a sus experiencias, a nivel macro, están trazando el camino para asegurar que su voz sea escuchada en la implementación de políticas sociales en temas de salud mental, y a nivel micro por medio del empoderamiento de sus miembros para lograr la autodeterminación.

Tal vez lo más importante de este asunto, es que el discurso y las prácticas de los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría, permiten pensar a los locos como actores políticos, y no como víctimas.

Si tenemos en cuenta que históricamente los sujetos locos han sido configurados como tal, debido a las prácticas a las que han estado expuestos y que los han ubicado en un lugar de inferioridad respecto a los sujetos considerados como normales; y que según Foucault “somos prisioneros de ciertas concepciones de nosotros mismos y de nuestra conducta” (1979 en Gómez, 2003) la subjetividad de este tipo de sujeto indeseable, anormal y peligroso ha sido atravesado por las condiciones a las que ha estado expuesto y que lo han convertido en paciente a partir de las ideas de locura emergentes.

Podríamos plantear aquí una analogía respecto a los planteamientos de Anibal Quijano en cuanto a la idea de raza y el tema que aquí nos interesa: la locura y los procedimientos por los que se llega a ser un “sujeto loco”. Para él la idea de raza “ha demostrado ser el más eficaz y perdurable instrumento de dominación social universal, pues de él pasó a depender inclusive otro igualmente universal, pero más antiguo, el inter-sexual o de género: los pueblos conquistados y dominados fueron situados en una posición natural de inferioridad y, en consecuencia, también sus rasgos fenotípicos, así como sus

descubrimientos mentales y culturales. De ese modo, raza se convirtió en el primer criterio fundamental para la distribución de la población mundial en los rangos, lugares y roles en la estructura de poder de la nueva sociedad. En otros términos, en el modo básico de clasificación social universal de la población mundial” (Quijano, 2000, p.2) Lo anterior, resulta bastante interesante para el análisis de la temática de la estigmatización de las personas con enfermedad mental, porque si bien él trata el tema de la raza y de la identidad racial como instrumentos de clasificación básica de la población, vemos como existen otros factores que influyen en la configuración de las relaciones sociales como relaciones de dominación, como el caso de las personas con alguna enfermedad mental con una correspondiente adjudicación de jerarquías y roles sociales por parte de las personas mentalmente sanas, y porque no de ellos mismos debido a una auto estigmatización.

En este punto conviene explorar teorías como la de Highhat (2001) que defiende que a la sociedad le interesa tener personas que son más débiles o menos productivas puesto que así, las otras personas se verán comparativamente mejores y con mayores capacidades y además podrán ejercer una mayor dominación sobre ellas. “Su teoría expone que las personas realizan una categorización de amenazas potenciales y si se confirman, se les añaden otros atributos negativos para condenarlos y evitarlos, y este sistema de estigmatizar es un arma en la competición del poder socio-económico” (Fernández R., 2002). Respecto a lo anterior, la construcción del sujeto y las formas en que se normaliza el comportamiento del sujeto tiene mucho que ver en la manera en la que se relacionan los distintos actores que se involucran en la construcción del modelo de salud mental: las instituciones de salud mental, los laboratorios farmacéuticos, los usuarios de los servicios de salud mental y sus familias, etc., entendiendo que la relación entre Estado y sus instituciones, las redes de actores de la sociedad y los agentes del mercado son fundamentales para comprender la estructuración del sujeto como actor político.

En este sentido la globalización de las prácticas en salud mental establece paradigmas en el tratamiento, tanto clínico como social, para la inserción del sujeto en la normalidad social. Es importante para ello hacer un seguimiento del uso del discurso para justificar ciertas acciones, la inclusión de determinados tratamientos o los objetivos que se buscan con la implementación de estos; el uso del discurso unifica los patrones y la intervención de los usuarios de los servicios de salud mental en una relación que muchas veces condiciona el

desarrollo humano a la satisfacción económica de un sector de la sociedad, en este caso las ya mencionadas instituciones de salud mental y las empresas farmacéuticas, dejando de lado la búsqueda de bienestar económico, físico, psicológico, cultural y espiritual de los usuarios.

Pensar en los locos como actores políticos, se trata entonces de tener una visión del otro lado de la ventana, porque a lo largo de la historia se ha contado la versión de quien logra imponer el dominio sobre el otro; en las guerras, en los discursos, en la construcción del conocimiento, en la validación y aceptación de lo normal y lo anormal. De esta manera es que se invisibiliza a quien no tiene la posibilidad de contar o de expresar su realidad: el vencido es despojado de todas sus verdades y en ocasiones de cualquier tipo de derecho. Para el caso de la psiquiatría la perspectiva que tiene el “loco” de todas las instancias y procedimientos a los que se ve expuesto es menospreciada e invalidada.

Cuando los usuarios y sobrevivientes a la psiquiatría comprenden y se rebelan contra la forma en la que han sido configurados, emprenden una resignificación de lo que es estar loco hoy: al narrar, recolectar y transmitir sus relatos de locura, construyen una historia alternativa, generan proyectos colectivos y nuevos modos de subjetivación, haciendo que las instituciones creadas para el control de la locura desde el modelo asilar resulten innecesarias, porque ya no se cree en la existencia de una patología que tratar, y porque la Red a través de sus prescripciones ayuda a la constitución de “nuevos sujetos locos” y alternativas para su bienestar, que construyen una forma de locura que incluso puede llegar a ser positiva, tal como los neozelandeses que apropiándose del término maorí “Tangata Motuhake” celebran su propia singularidad: la locura, en lugar de despreciarla.

5.2. Recomendaciones

Creo que algunos temas que es importante investigar sobre contraconductas a la psiquiatría y que no fueron abordadas a profundidad en esta tesis por cuestiones de tiempo y por la especificidad de lo que quería analizar aquí, tiene que ver por una parte, con el uso del internet como una herramienta para revertir los efectos del saber-poder de la psiquiatría, a través del intercambio de saberes marginalizados o no por la ciencia, disponibles en foros y blogs que contienen prescripciones de prácticas que apuntan a la

transformación del sujeto, cuyas fuentes no son tan explícitas y por lo tanto implican la experimentación de las mismas para evaluar su confiabilidad. En segundo lugar, creo que otro tema interesante a analizar, es el incremento de interés en saberes específicos sobre el suicidio y sus efectos en la frecuente relación suicidio-locura evidente en la literatura sustentada en saberes psi (¿por qué los suicidas tienen que ser locos?), esto atendiendo a que en el proceso de revisión documental de esta tesis, encontré información específica acerca de distintas perspectivas de los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría acerca del suicidio e incluso algunos manuales para la autogestión del riesgo para sí mismos, que si bien apuntan a la prevención del suicidio, no demuestran pánico moral frente a la muerte.

Referencias bibliográficas:

Adams M. (2015) *Depression and Mental Disorders can be Prevented and Treated with Simple Healing Foods*. Recuperado de: <http://www.mindfreedom.org/kb/mental-health-alternatives/nutritional-orthomolecular/prevention-with-healing-foods>

Anónimo (2012) *Mapping Our Madness*, Recuperado de:
<http://www.mediafire.com/view/l8l87sf4j8vb6xo/MappingOurMadness.pdf>

Baletta, J. (2004) *Personal Story, Joe S Baletta*. [Mensaje en Blog]. Recuperado de <http://www.mindfreedom.org/personal-stories/balettajoes>

Basz, E. (2011) *Dignidad del riesgo, de enfermo mental a ciudadano*. Recuperado de <http://www.barcelonaradical.net/historico/informacion.php?iinfo=24217>

Borsay, A. (2006) *¿Problema personal o asunto público? Hacia un modelo de políticas públicas para las personas con discapacidades físicas y mentales. Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid: Morata.

Braun, B. (2002) *Personal Story, Beate Braun* [Mensaje en Blog]. Recuperado de <http://www.mindfreedom.org/personal-stories/braunbeate>

Cassani, M. (2014) *My Healing Protocol Detailed* [Mensaje en Blog]. Recuperado de: <http://www.madinamerica.com/2014/04/healing-protocol-detailed>

Coelbren (2006, abril 8) *Alternative treatments* [Mensaje en Foro]. Recuperado de: <http://www.theicarusproject.net/forums/viewtopic.php?f=3&t=27637>

Cohen, O. (2001) *Personal Story, Oryx Cohen*. [Mensaje en Blog]. Recuperado de <http://www.mindfreedom.org/personal-stories/cohenoryx>

Conrad, P. (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.

Conrad, P & Schneider J (1992) Deviance and medicalization: from badness to sickness. Expanded edition. Philadelphia: Temple University Press

Copeland M. (s.f.) *Crisis Plan and Working Through Hard Times*. Recuperado de: <http://mentalhealthrecovery.com/info-center/crisis-plan/>

Cooper D. (1967) *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Buenos Aires: Locus Hypocampus.

Correa, P. (2014) Salam, testigo de dos mundos. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/salam-testigo-de-dos-mundos-articulo-470891>

Dan (2013, Mayo 2) *Mindfulness* [Mensaje en FORO] Recuperado de <http://www.theicarusproject.net/forums/viewtopic.php?f=32&t=36900>

Delano L. (2015) *Food and Health*. [Mensaje en Blog] Recuperado de: <http://recoveringfrompsychiatry.com/food-and-health/>

Delano, L. (2010) *Chapter Three: At War with a Diagnosis - Recovering From Psychiatry* [Mensaje en Blog]
Recuperado de <http://recoveringfrompsychiatry.com/2010/11/chapter-three-war-diagnosis/>

Deleuze, G (2000) Post scriptum, *Fractal* n° 19, octubre-diciembre, 2000, año 4, volumen V, pp. 69-77.

Di Venuto, L. (2015) *You Calling Me Crazy? The Perils of Misdiagnosis*, *Alternet* [Mensaje en Blog] Recuperado de <http://www.alternet.org/personal-health/you-calling-me-crazy-perils-misdiagnosis>

- El Proyecto Ícaro (s.f.) *Cartografía de la locura. Hacia la transformación personal y la liberación colectiva*. Recuperado de: <http://elproyectoicaro.wix.com/icaro#!mapas-locos/c2311>
- Fernández R. (2002) *Consideraciones entorno a la estigmatización social del enfermo mental*. Recuperado de:
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/58/70/24/58702416634474968997268634599174359997>
- Forero D. (2014) La esquizofrenia y los tratamientos ambulatorios: una mirada ética y política a las nuevas formas de normalización. En Sáenz, J. (2014) *Artes de vida, gobierno y contraconductas en las prácticas de sí*. Bogotá: CES Universidad Nacional de Colombia.
- Foucault, M. (1984) *Entrevista con Michel Foucault realizada por Raúl Fornet-Betancourt, Helmut Becker y Alfredo Gómez-Muller el 20 de enero de 1984*. Publicada en la *Revista Concordia* 6. Recuperado de:
<http://catedras.fsoc.uba.ar/heler/foucaltetica.htm>
- Foucault, M. (1990) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999a) *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Foucault, M. (1999b) "La evolución del concepto de 'individuo peligroso' en la psiquiatría legal del siglo XIX". En: *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Volumen III*. Barcelona, Paidós Básica.
- Foucault, M. (1992) *El orden del discurso*, Buenos Aires: Tusquets. Recuperado de http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/investigacion_genero/complementaria/fou_mic.pdf
- Foucault M. (1990) *Tecnologías del yo*, Barcelona: Paidós. Disponible en: http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/identidad/u_2/fou_mic.pdf

Locura y nuevos modos de subjetivación: los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes a la Psiquiatría.

Foucault, Michel (1988) El sujeto y el poder, en *Revista Mexicana de Sociología* Vol. 50, No. 3. (Jul. - Sep., 1988), pp. 3-20. Recuperado de:
<http://www.jstor.org/stable/3540551>

Foucault, M. (1977) *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*, México: Siglo xxi editores.

Foucault M (1967) *Historia de la locura en la época clásica*, vols 1 y 2., México: Fondo de Cultura Económica.

FundaMental Colombia y RIADIS (2013) *Monitoreo de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad con énfasis en discapacidad psicosocial: un análisis integral*. Bogotá: Editorial FundaMental Colombia.

Fundamental Colombia (2015) Fundamental Colombia. Recuperado de:
<http://bipcolombia.mininterior.gov.co/bipcolombia/proyectos/fundamental-colombia/66>

García M, (2002) *Foucault y el poder*. México DF: UAM-X

Garfinkel H. (1956) Condiciones de las ceremonias exitosas de degradación, en *Delito y Sociedad, Revista de Ciencias Sociales*, nro. 22, año 2006, UNL

Giddens (1995) *Sociología*, Madrid: Alianza Universidad.

Goffman E., (1972) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu Editores

Gómez S., (11, junio, 2015) *Entrevista de Actualización en Discapacidad Psicosocial II* (Gente de colores, UNradio) [archivo de audio] Recuperado de:
<http://www.unradio.unal.edu.co/nc/detalle/cat/gente-de-colores/article/actualizacion-en-discapacidad-psicosocial-copia-1.html#.VYGLJGM1Juk.facebook>

Gómez S., (27, junio, 2013) *Entrevista sobre Discapacidad Psicosocial* (Gente de colores, UNradio) [archivo de audio] Recuperado de:

<http://www.unradio.unal.edu.co/detalle/cat/gente-de-colores/article/-b113284f9c.html#.Udt1glwuuxl.facebook>

Gómez S., (4, junio, 2015) *Entrevista de Actualización en Discapacidad Psicosocial* (Gente de colores, UNradio) [archivo de audio] Recuperado de: <http://www.unradio.unal.edu.co/nc/detalle/cat/gente-de-colores/article/actualizacion-en-discapacidad-psicosocial.html#.VYGKQaowuno.facebook>

Guerrero, V. (2009) Epigenética, la esencia del cambio, *Revista ¿Cómo ves?* - Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM, 133 diciembre 2009. Recuperado de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/133/epigenetica-la-esencia-del-cambio>.

Hall W. (2012) *Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: Una guía basada en la reducción del daño*. Recuperado de: <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdOnline.pdf>

Hickey P. (2014) *Psychiatry is not Based on Valid Science* [Mensaje en Blog] Recuperado de: <https://www.madinamerica.com/2014/01/psychiatry-based-valid-science/>

Illich I. (1975) *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores, S.A.

Inel (2006) *Experiencies with Acupuncture* [Mensaje en Foro] Recuperado de: <http://www.theicarusproject.net/forums/viewtopic.php?f=3&t=32121>

Harmon J. (2001) *Personal Story, Jody A Harmon*. [Mensaje en Blog] Recuperado de <http://www.mindfreedom.org/personal-stories/harmonjodya>

Johnstone, L. (2013) *Time to Abolish Psychiatric Diagnosis?* [Mensaje en Blog] Recuperado de <http://www.madinamerica.com/2013/01/time-to-abolish-psychiatric-diagnosis/>

Kerr L. (2015) *Transformative Approaches To Crises, Self-Doubt & Extreme States*.

[Mensaje en Blog] Recuperado el 10 de julio de 2015 desde:

<http://www.laurakkerr.com/2015/03/05/extreme-states/>

Lehmann P. (2013) Alternativas a la psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 33(117): 137-150. Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352013000100010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352013000100010&lng=es)
&lng=es. DOI 57352013000100010

Lehmann, P. & Stastny, P. (2009) *Alternatives Beyond Psychiatry*. Berlin: Peter Lehmann Publishing.

Making it work, Asdown Colombia & Funda Mental (2010) *Pronunciamiento de la sociedad civil frente a la ley 1306 sobre el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial en Colombia*.

Recuperado de: www.makingitwork-crpd.org/.../Colombia/Colombia-_informe__MIW

May, R. (2013). *At War With Ourselves - Mad In America* [Mensaje en Blog] Recuperado de <http://www.madinamerica.com/2013/09/war-ourselves/>

Mendoza, C. (2009). Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615422012>

Mind (2015a) *Food and Mood*. Recuperado de: <http://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/food-and-mood/#.ViOw3H4vflU>

Mind (2015b) *How to Manage your Mood with Food [video]* Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MIqUtPfFhno>

Molta, V. (2001) *Personal Story, Victoria Molta*. [Mensaje en Blog] Recuperado de: <http://www.mindfreedom.org/personal-stories/moltavictoria>

- Morgan S. (2012) *Reviving the Myth of Mental Illness*. [Mensaje en Blog] Recuperado de:
<http://www.madinamerica.com/2013/01/time-to-abolish-psychiatric-diagnosis/#>
- Oaks W. (2001) *Personal Story, David Oaks*. [Mensaje en Blog] Recuperado de:
<http://www.mindfreedom.org/personal-stories/david-w-oaks>
- Parsons, T. (1951) *The Social System*, Nueva York: Free Press
- Patterson, C. (2001) *Personal Story, Carol Patterson*. [Mensaje en Blog] Recuperado de:
<http://www.mindfreedom.org/personal-stories/pattersoncarol>
- Ponte, E. (2010) *Discapacidad y Derechos Humanos*. [Mensaje en Blog] Recuperado de:
<http://www1.rionegro.com.ar/blogs/invisibles/derechos/discapacidad-y-derechos-humanos/>
- Quijano, A (2000) Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *En libro: La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado de:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>
- RMUSP (2009) *Declaración de la Asamblea General de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría Kampala – Uganda*. Recuperado de:
<http://asambleadeusuariosdesaludmental.blogspot.com.co/2010/11/declaracion-de-kampala-uganda-2009.html>
- RMUSP (2011) *Declaración de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría sobre las implicancias de la CDPD en relación con Tratamiento Forzoso 14 de marzo de 2011*. Recuperado de:
<http://wnusp.rafus.dk/documents/ComunicadoRMUSPsobreCDPD.doc>
- Rose N. (1996) *Inventig our selves*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sáenz J. (2010) *Notas para una genealogía de las prácticas de sí*. Recuperado de:
<http://es.scribd.com/doc/62036011/Notas-para-una-genealogi-de-las-practicas-de-si-Enviado-1>

- Sáenz J. (2014) Dimensiones, pluralidad y potencia de las prácticas de sí, en Sáenz, J. (2014) *Artes de vida, gobierno y contraconductas en las prácticas de sí*. Bogotá: CES, Universidad Nacional de Colombia.
- Snedecor S. (2001) *Scott P. Snedecor Personal Story*. . [Mensaje en Blog] Recuperado de: <http://www.mindfreedom.org/personal-stories/snedecorscottp>
- The Ícarus Project (2014) *Mad Maps: Paths to Personal Transformation and Collective Liberation*. Recuperado de: <http://www.theicarusproject.net/article/mad-mads-paths-to-personal-transformation-and-collective-liberation>
- The Ícarus Project (2013) *Navigating the Space between Brilliance and Madness*. Recuperado de: <http://www.theicarusproject.net/article/updated-publication-ordering-and-downloads>
- Wagner, M. (2002). *Asamblea Permanente de Usuari@s de los Servicios de Salud Mental: octubre 2014*. [Mensaje en Blog] Recuperado de <http://asambleadeusuariosdesaludmental.blogspot.com.co/2014/10/a-la-memoria-de-marisa-wagner-companera.html>
- World Network of Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP (2008) *Implementation Manual for the United Nations Convention on the rights of person with disabilities*. Recuperado de: http://wnusp.net/documents/WNUSP_CRPD_Manual.pdf
- WRAP (s.f.) *Wellness Toolbox*. Recuperado de: <http://mentalhealthrecovery.com/info-center/wellness-toolbox/>
- WRAP (s.f.) *Crisis Plan Form*. Recuperado de: <http://mentalhealthrecovery.com/info-center/crisis-plan-form/>
- Yates, K. (2001) *Kriss Yates Personal Story*. . [Mensaje en Blog] Recuperado de: <http://www.mindfreedom.org/personal-stories/yateskris>

